Rok LI. Kraków, dnia 2. listopada 1912. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Badania doświadczalne nad kojarzeniem wyobrażeń

podała

Dr Ludwika Karpińska.

(Odczyt w Towarzystwie psychologicznem w Warszawie, oraz w gronie lekarzy kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w Krakowie).

(Ciąg dalszy).

Stwierdzenie, że kojarzenie jest w wysokim stopniu zależne od uwagi, nie wyczerpuje jeszcze reguł ograniczających. Na podstawie badań nad kojarzeniami u osób wykształconych i niewykształconych stwierdził Jung, że niewykształceni mają średnio więcej kojarzeń wewnętrznych, niż wykształceni. Ten pozornie paradoksalny fakt da się wytłómaczyć w ten sposób.

Wykształceni zwykli operować wyrazami w oderwaniu od zdań, przez studya gramatyczne, słowniki i t. d. Jeżeli wykształconemu dać sygnał, to przedstawia on dla niego tylko wyraz. Niewykształcony natomiast zwykł słyszeć wyrazy tylko w zdaniach, gdzie one zawsze coś określonego znaczą. Rozumie on sygnał, jak gdyby pytanie, i konstruuje sobie do niego coś w rodzaju zdania; dlatego widzimy u niewykształconego tak wielką skłonność do reagowania całemi zdaniami lub w formie podporządkowywania. Tak np. wykształcony reaguje na: »stół« — »stołowy«; a niewykształcony — »sprzęt«. Wykształcony łatwiej otrzaska się z doświadczeniem, gdy tymczasem niewykształconemu trudno z nagle rzucanymi sobie sygnałami radzić sobie inaczej, niż w życiu codziennem. Dlatego zdarza się także, że niewykształcony stosuje do siebie przymiotniki, zwłaszcza jeżeli zdają się zawierać w sobie pewien sąd, np. przymiotnik: »głupi«. Ręka w rękę z różnem ujęciem doświadczeń idzie też często napięcie uwagi. U ludzi niewykształconych napięcie uwagi jest przeważnie już na oko większe, niż u wykształconych, co nie pozostaje bez wpływu na wartość kojarzeń. U bardzo niewykształconych lub umysłowo niedostatecznie rozwiniętych reakcye przybierają charakter definicyi, sprawiających często nieudolne i komiczne wrażenie, n. p.:

Sygnał	Reakcya
śpiewać	składa się z nut i śpiewników
spacerować	gdy się w niedzielę na nogach kroczy naprzód na kufelek.

Co do charakteru kojarzeń, to Jung rozróżnia dwa typy zasadnicze, a mianowicie typ przedmiotowy rzeczowy i typ podmiotowy. Pierwszy z nich łączy przeważnie wyrazy z wyrazami lub pojęcia z pojęciami, trzymając się treści przedmiotowej danego pojęcia, przyczem czynnik osobisty w kojarzeniu schodzi na plan dalszy (naturalnie względnie). U typu drugiego wynurzają się przeważnie jako kojarzenia wspomnienia osobiste często o silnem zabarwieniu wzruszeniowem.

Bardziej szczegółowem zbadaniem typów kojarzeniowych z punktu widzenia zastosowanej klasyfikacyi kojarzeń zajęła się Emma Fürst i przekonała się na podstawie obszernego materyału, że rodzaje kojarzenia ogniskują się koło pewnych typów.

Rozróżnia ona typy: orzekający, definiujący, koordynujący, powierzchowny i mieszany.

Jednym z najczęstszych typów jest typ orzekający z wybitną często skłonnością do sądów osobiście zabarwionych. Osoby tego typu reagują zapomocą orzeczeń, jak np. pragnienie — silne; góra — wysoka; książka — interesująca; jeździć — nieprzyjemnie; żaba — obrzydliwa. Zdaje się na podstawie doświadczeń, że do tego typu skłonne są osoby starszego wieku, a zwłaszcza kobiety. Nadto zwiększenie się skłonności do osobiście zabarwionych sądów zdaje się występować u kobiet po 40, a u mężczyzn po 60. roku życia,

Kojarzenia w formie definicyi spotyka się przeważnie u osób mało inteligentnych i śród nich u tych raczej, które zdają sobie sprawę z niższości umysłowej.

Typ powierzchowny, u którego przeważają kojarzenia językowo-ruchowe, wyrazy złożone i kojarzenia czysto dźwiękowe, występuje u osób inteligentnych i wykształconych.

Możnaby zarzucić, że ta lub inna konstelacya (nastawienie) osoby badanej przy kojarzeniach jest przypadkowa. Lecz udało się stwierdzić, że całe rodziny kojarzą podług jednego typu, jakkolwiek jeden członek rodziny nie wiedział nic o kojarzeniach drugiego. Fakt ten przemawia za tem, że typ ten nie może być przypadkowy, lecz zależy od przyczyn, których dotychczas nie znamy.

Okazuje się przeto, że nie możemy reagować dowolnie, lecz według pewnych prawideł, mianowicie w zależności od chwilowego stanu uwagi, od poziomu wykształcenia i od typu naszej rodziny, lub wogóle osobistego otoczenia. Te trzy reguły odpowiadają ważnym probierzom osobowości;

innemi słowy, — nasze ja, nasza osobowość, którą, jak wiadomo, znamy zwykle najgorzej, wywiera wpływ rozstrzygający, w jaki sposób i dlaczego tak, a nie inaczej reagujemy.

Przy głębszem wniknięciu w kojarzenia okazuje się więcej jeszcze, mianowicie, że osobie badanej nasuwa się przy kojarzeniu nie materyał przypadkowy, jakbyśmy byli skłonni z góry sądzić, lecz ściśle zdeterminowany przez jej indywidualną treść wyobrażeniową. Twierdzenie to nie jest gołosłowne i da się objaśnić zapomocą przykładów.

Jung robił doświadczenia z pewnym młodym człowiekiem, który miał niedawno przykrą przeprawę z rodziną. Pokochał on pewną pannę i chciał się z nią żenić, lecz rodzice sprzeciwili się temu zamiarowi. Jakkolwiek ciężko mu było z nią się rozstać, uległ jednakże posłuszny syn woli rodziców. Znajdował się jeszcze zupełnie pod wpływem tego bolesnego faktu w czasie, gdy robiono doświadczenia. Nic więc dziwnego, że świeże wspomnienie tych przejść odbiło się wyraźnie na licznych reakcyach, jak to widzimy z przykładu. Reakcye te są następujace:

Sygnał	Reakcya
całować	wciąż znowu
zły	nie
czas	nie teraz
dojrzały	jestem do tego
kochać	ach!
syn	ojciec i syn
gniewna	matka
łzy	jej pozostały
opieka	nie mogę jej dać
wojna	tak, gdybyż była
wierność	nie dotrzymałem jej
raz	i nigdy więcej
cud	musiałby się stać
krew	ona ma anemiczną
wybrać	inną
rozstać się	nie potrzebuję
słuszność	ona jej nie ma
kochana	była mi
wełna	suknia kobieca
niesprawiedliwy	nie byłem
obca	tak, jest ona teraz

Jeżeli rozpatrzymy się w tych reakcyach, to spostrzeżemy odrazu, że treść ich nie jest obojętna, że nie są to jakiekolwiek z tysiąca możliwych reakcyi, lecz takie, które podkreślają wyobrażenia, nurtujące daną osobą. W reakcyach tych odzwierciedlają się dzieje nieszczęśliwej miłości. Podobne wspomnienia, składające się z wielu poszczególnych wyobrażeń, nazywamy kompleksem (splotem). Wspólne tym poszczególnym wyobrażeniom zabarwienie uczuciowe stanowi niejako cement, spajający te wyobrażenia w jedną całość. Dlatego mówi się o uczuciowo zabarwionym kompleksie wyobrażeń, lub poprostu o kompleksie. Im rozleglejszy jest kompleks, im bogatsze i bardziej rozgałęzione są wyobrażenia, wchodzące w skład jego, o tem silniejszem zabarwieniu uczuciowem możemy wnosić.

W przypadku powyższym nieobojętne pod względem uczuciowym wspomnienia (kompleks) działają w ten sposób, iż ów młody człowiek nie reaguje dowolnymi i przypadkowymi wyrazami, lecz tak, że większość reakcyi czerpie swą treść z materyału kompleksowego. Wpływ kompleksów na sposób myślenia i postępowania nazywamy konstelacyą, nastawieniem. Możemy więc powiedzieć, że reakcye przytoczone powyżej są nastawione przez kompleks osoby badanej.

Zachodzi teraz pytanie, czy ten sposób zachowania się jest stały i czy u wszystkich osób badanych kompleksy nastawiają reakcye?

Niema człowieka, któryby nie miał kompleksów, ponieważ niema nikogo, ktoby nie miał uczuć. Im silniejsze (w znaczeniu intensywności i ekstensywności) pod względem uczuciowym były doznania jakieś, tem większy wpływ wywierają one na bieg naszego życia, na nasz sposób myślenia i postępowania. Naturalnie, że różną bywa siła uczuciowego zabarwienia różnych kompleksów u jednego i tego samego osobnika i że ludzie różnią się znacznie między sobą co do siły swej uczuciowej reakcyi.

Jednakże sam fakt tego wpływu uczuciowo nieobojętnych doznań na nasze życie jest w swej ogólnikowej formie przynajmniej powszechnie znany i uznany. Ten konstelujący wpływ kompleksu na reakcye udało nam się z łatwością stwierdzić w przytoczonym powyżej przykładzie kojarzeń. Lecz i w tym przypadku mieliśmy do czynienia z człowiekiem, który znajdował się pod wpływem silnego aktualnego afektu i bez skrępowania zupełnie szczerze i otwarcie wypowiadał swe tajemnice. Nie wszyscy jednak zachowują się w ten sposób. Wiele osób strzeże się bojaźliwie, by nie powiedzieć czegoś kompromitującego. Inni są obojętniejsi i poprostu łączą jeden wyraz z drugim, nie myśląc o głębszym związku między niemi. Chodzi więc o to, czy kompleks i wtedy konsteluje reakcye, gdy się nie myśli o swoich tajemnicach, lub gdy się nie chce ich zdradzić? Ze stanowiska teoretycznego z góry należy odpowiedzieć na to pytanie twierdząco, gdyż nie może być żadnych przejawów psychicznych, nie noszących na sobie piętna osobistego. Ze stanowiska praktycznego rozstrzygnięcie tego pytania jest o wiele trudniejsze i właśnie zasługa Junga polega na tem, że udało mu się wykryć, zapomocą jakich cech przedmiotowych kompleksy zdradzają się w kojarzeniach.

Jak już powiedziałam poprzednio, większość osób badanych wcale nie reaguje tak otwarcie, jak w przypadku powyższym. Zwykle kojarzenia na pierwszy rzut oka nie są przejrzyste i brzmią przedmiotowo i niepodejrzanie, jak naprzykład:

Sygnał	Reakcya
wesoły	człowiek
brak	pieniędzy
smutny	bardzo
bieda	ubóstwo
rozstać się	z nim
sprzeczać się	z nim
list	nowina
głód	dokuczać
pieniądz	cenny
dużo	pieniędzy
bogaty	człowiek
podróż	daleka
rodzina	liczna
dziecko	małe
choroba	nieszczęście
jeździć	długo

Na pierwszy rzut oka kojarzenia te wydają się przedmiotowe i różnią się tem od poprzednich. Możnaby przypuścić, że powstały one tylko przez przypadek. Jeżeli jednak rozpytamy się osoby badanej, to przekonamy się, że bynajmniej tak nie jest. Wszystkie odpowiedzi w swej pozornie przedmiotowej treści pozostają w ścisłym związku z zupeł-

nie osobistemi sprawami, które w danej chwili mocno obchodzą osobę badaną. Jest nią pewien pan, znajdujący się chwilowo w bardzo ciężkich warunkach materyalnych. W świetle udzielonych przez niego wyjaśnień każda reakcya nabiera czysto osobistego i określonego znaczenia. Pan ten jest z natury »człowiekiem wesołym« i optymistycznie na świat patrzącym, lecz »brak pieniędzy«, który go trapi od dłuższego czasu wskutek utraty zajęcia, zmienił jego usposobienie. Jakkolwiek usiłuje on zachować pozornie dawny dobry humor, jednakże w rzeczywistości jest »smutny bardzo«, gnębi go zwłaszcza myśl o »biedzie (ubóstwo)«, na którą narażona jest jego rodzina. Utrata zajęcia nastąpiła wskutek tego, że »rozstał się« ze swoim wspólnikiem (»z nim»); rozstanie to poprzedzały naturalnie nieporozumienia (sprzeczać się — z nim); rozwiały się początkowe nadzieje otrzymania szybko posady w kraju; pan ten rozpisał »listy« i wciąż oczekuje pomyślnej »nowiny«; lecz czas mija i oto już »głód« zaczyna niemal »dokuczać« jego rodzinie, dlatego obecnie »pieniądz« dla niego jest bardzo »cenny« i on marzy o tem, by zarobić »dużo pieniędzy« dla wydźwignięcia się z tych trudności życiowych i zostać »bogatym człowiekiem«. Nie mogąc otrzymać posady w kraju, myśli o »podróży dalekiej« za morze lub przynajmniej za granicę, lecz przeszkodą mu w tych zamiarach jest »rodzina«; wprawdzie w istocie nie jest ona liczna, lecz mimo to nadto »liczna« w tych warunkach. Obawia się zwłaszcza zabrać ze sobą »dziecko małe« do tych wysoce niehigienicznych warunków, jakie nań czekają. Dziecko mogłoby tam łatwo zachorować (»choroba«), co w jego warunkach byłoby »nieszczęściem«. Wreszcie rozgoryczony dodaje, że skoro zmuszony jest porzucić kraj, to wyjechawszy nieprędko tu wróci i »jeździć będzie długo«.

Lub oto jeszcze przykład. Pewna pani kojarzy w ten sposób:

Sygnał	Reakcya
pieniądz	zależność
małżeństwo	zawód
gotować	paskudztwo
rozstać się	charakter
rodzina	obowiązek
żałować	kiedyś

Kojarzenia te staną się dla nas zrozumiałe, gdy dowiemy się, że pani ta rozwiodła się z mężem. »Małżeństwo« było dla niej bolesnym »zawodem«. Dużo walk wewnętrznych przejść musiała, ażeby »rozstać się« z mężem; ostateczne przeprowadzenie tego rozstania wymagało wielkiej siły »charakteru« z powodu zachodzących komplikacyi; przyszła chwila, którą jej przepowiadano, że »kiedyś żałować« będzie swego małżeństwa. Po rozstaniu została jej »rodzina«; musi pracować na dom, lecz sama nie może dać rady tym »obowiązkom« i z powodu dzieci pozostaje w pewnej »pieniężnej zależności« od ich ojca i ta zależność ciąży jej niezmiernie. Wreszcie na wyraz »gotować« reaguje silnie: »paskudztwo«, gdyż obok pracy zawodowej kłopoty gospodarskie dają się jej nieraz silnie we znaki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Ze szpitala im. małż. Poznańskich w Łodzi.

Przypadek porażenia połowiczego przy durze brzusznym

podał

Dr Henryk Rosenthal.

Zmiany durowe w mózgu są bardzo mało zbadane. Makroskopowo znajdowano obrzęk mózgu, powiększenie ilości cieczy mózgowordzeniowej w komórkach, zrośnięcie opon, czasem krwotoki oponowe niewielkich rozmiarów, lub nawet wylewy krwi w samą tkankę mózgową. Wszystkie te zmiany makroskopowe nie są jednak ani stałe ani rozległe i nie mogą żadną miarą wytłómaczyć objawów mózgowych, spotykanych przy durze brzusznym. W ostatnim czasie zaczęto badać mikroskopowe zmiany w mózgu osób zmarłych na dur brzuszny. Badania te (Popow, ks. Karol Bawarski, M. Rosenthal) nie doprowadziły również do wykrycia stałych zmian. Popow znajdował drobnokomórkowe nacieki w korze mózgowej, głównie wzdłuż przebiegu naczyń, drudzy znajdowali zakrzepy w naczyniach, inni — zatkanie naczyń białemi ciałkami krwi; lecz wszystkie te zmiany nie są stałe i dlatego nie mogą być uważane za przyczynę burzliwych objawów mózgowych w durze brzusznym. Ze wszystkich tych badań wnosić jednak możemy, że objawy mózgowe w durze brzusznym według wszelkiego prawdopodobieństwa zależą nietyle od zmian anatomicznych, ile od pewnych zmian czynnościowych, będących następstwem trującego działania toksyn. Nie podlega jednak wątpliwości, że mogą wystąpić zmiany anatomiczne, które wiodą do zniszczenia pierwiastków nerwowych i do trwałych chorób organicznych.

Objawy mózgowe w przebiegu duru brzusznego są bardzo różnorodne. Do najczęstszych objawów ogólnych należą bóle głowy, odurzenie, bredzenie i marzenia senne. Co się tyczy objawów ogniskowych, to są one bardzo rzadkie i stanowią właściwie kliniczne powikłanie duru brzusznego. Do najrzadszych tego rodzaju powikłań należą niemota i porażenie połowicze bez utraty lub z utratą mowy. O wiele częściej, aniżeli porażenie połowicze, spotykamy występowanie samej tylko niemoty. Przypadki takie zdarzają się głównie u dzieci i dorastającej młodzieży. Niemota najczęściej występuje w drugiej połowie choroby, trwać może nawet w okresie zdrowienia przez kilka tygodni i przemija bez śladu.

Przypadki niemoty opisali następujący autorowie: Kühn, Bohn, Curschmann, Trousseau, Henoch, Pacanowski, Biegański. Kühn zebrał z piśmiennictwa 28 przypadków niemoty, z tych chorych dorosłych było tylko 3. Bohn opisał 57 przypadków niemoty, w tej liczbie dorosłych było tylko 7.

Na blisko 5000 chorych na dur obserwowanych przezemnie, widziałem 18 przypadków niemoty przy durze brzusznym, w tej liczbie dzieci do lat 15 było 13. We wszystkich tych przypadkach nastąpiło zupełne wyzdrowienie w przeciągu 2—4 tygodni.

Porażenia połowicze bez utraty lub z utratą mowy zdarzają się przy durze brzusznym bardzo rzadko. Curschmann

na 4000 chorych na dur opisuje 4 przypadki porażenia połowiczego z utratą mowy; wyzdrowienie nastąpiło w 2 przypadkach. W pierwszym przypadku zejście śmiertelne po 18 godzinach, badanie wykazało krwawienie mózgowe, w drugim przypadku, śmierć po kilku godzinach, badanie pośmiertne wykazało zator lewej tętnicy Sylwiusza. Goth na 587 przypadków duru brzusznego miał 2 przypadki porażenia połowiczego z utratą mowy w końcu drugiego tygodnia choroby; porażenie trwało około miesiąca i przeminęło bez śladu. Wzmianki o porażeniach połowiczych przy durze brzusznym podają Griesinger, Benedikt, Nothnagel i Strümpell. Eichhorst opisuje jeden przypadek porażenia połowiczego z utratą mowy, porażenie wystąpiło w czwartym tygodniu choroby i trwało 14 dni, poczem chory zupełnie wyzdrowiał.

Kilka miesięcy temu miałem sposobność spostrzegać przypadek porażenia połowiczego, którego przebieg pozwolę sobie tu przytoczyć.

H. W. lat 30, krawiec; przywieziony został z m. Aleksandrowa do szpitala małż. Poznańskich 18. kwietnia r.b.; zachorował 5. kwietnia wśród silnych bólów głowy, krwawienia z nosa i częstych dreszczów. Przy pierwszem badaniu znaleźliśmy u chorego, co następuje: Osłabienie słuchu, język obłożony, dość suchy; brzuch nieco wzdęty, wypróżnienie 2—3 razy dziennie, ból w okolicy biodrowej prawej dość wyraźny; wysypka obfita w postaci plamek na piersiach i brzuchu; śledziona powiększona; w płucach i sercu niema nic nieprawidłowego. C. 39·6—39·0°; tętno 100 uderzeń na minutę. Ciepłota następnego dnia 39·5—39·4°, t. 108, dwubitne. Odczyn dwuazowy bardzo wyraźny. Badanie moczu dało, co następuje: Ciężar gatunkowy 1019, białko w ilości 0,1‰; osad zawiera nieliczne leukocyty, wałeczków niema. Do 23. kwietnia przebieg choroby był zupełnie prawidłowy; 23. kwietnia, t. j. 18. dnia choroby, nie tracąc przytomności i mowy, zauważył chory u siebie zupełne porażenie lewej połowy ciała. Badanie dało, co następuje: Na twarzy znajdujemy asymetryę: kąt ust po stronie porażonej ułożony jest niżej, niż po zdrowej. Źrenice prawidłowej wielkości, oddziałują na światło i akomodacyę. Kończyny po stronie porażonej są nieruchome, a podniesione, po puszczeniu spadają jak martwe na dół. Po stronie porażonej niema odruchu brzusznego i jądrowego. Czucie zachowane; znajdujemy również zboczenia ze strony naczyń, a mianowicie części porażone są chłodne. 24. kwietnia C 38·8—37·8°, tętno 96; — 25. IV. C 37·6—37·4°, tętno — 84; — 26. IV. C 37·6—37·2°, tętno 96; polepszenia po stronie porażonej niema. — 27. IV. stan bezgorączkowy, od tego też czasu rozpoczął się okres zdrowienia. Asymetrya twarzy zupełnie się wyrównała po 2 tygodniach; w przeciągu trzech tygodni chory stopniowo odzyskał władzę w dolnej kończynie. O wiele gorzej było z kończyną górną; pierwszą nieznaczną poprawę zauważyliśmy u chorego dopiero 24. maja, t. j. po 32 dniach od chwili porażenia, zupełna poprawa nastąpiła w drugiej połowie czerwca.

Oprócz porażenia połowiczego przypadek ten zasługuje na uwagę i z tego powodu, że wystąpiło jeszcze i drugie powikłanie w postaci porażenia nerwu strzałkowego lewego, które zauważyliśmy u chorego 21. czerwca.

Szczegółowe badanie, wykonane przez kol. A. Pańskiego, któremu składam podziękowanie, dało co następuje: Chory chcąc chodzić, zgina nadmiernie kończynę w stawach biodrowym i kolanowym i w ten sposób unika zahaczania się palców o podłogę. Przy chodzeniu o lasce wyraźny chód koński (Steppergang), po lewej stronie stopa, jako też palce opuszczone są ku dołowi. Leżąc, chory unosi całą kończynę lewą, opuszcza ją ku dołowi, zgina w kolanie, wyprostowuje ją, natomiast nie może wyprostować ani stopy, ani palców tej stopy, upośledzone również jest przywodzenie i odwodzenie stopy lewej; przy podnoszeniu kończyny lewej ku górze stopa znajduje się w ułożeniu końsko-szpotawem (pes equinovarus). Pobudliwość elektryczna nerwu strzałkowego lewego zniesiona. Z punktu nerwowego pod główką nie otrzymuje się skurczu mięśni ani przy zastosowaniu prądu stałego, ani przerywanego. Mięsień strzałkowy długi nie oddziaływa na prąd przerywany, pobudliwość na prąd stały zmieniona w ten sposób, że skurcz przy zamknięciu anody jest silniejszy, niż skurcz przy zamknięciu katody; mięsień kurczy się ruchem robakowatym. Mięsień wyprostny wspólny palców długi nie oddziaływa na prąd przerywany, przy oddziaływaniu na prąd stały An < Ka. Nerw piszczelowy na prąd przerywany daje skurcz, na prąd stały Ka > An. Mięsień ikrowy na prąd przerywany daje skurcz, na prąd stały Ka > An. Zewnętrzna i grzbietowa połowa stopy do trzeciego palca jest znieczulona zarówno na dotykanie, jak i na ból. Zaznaczyć jeszcze trzeba, że pomimo silnych odruchów ścięgnistych i drgania padaczkowatego stopy niema objawu Babińskiego, natomiast są ślady objawu Oppenheima. Po upływie trzech tygodni stan chorego nieco się poprawił i 10 lipca r. b. chory opuścił szpital.

Jaka była przyczyna porażenia połowiczego w tym przypadku?

Zważywszy, że porażenie było bardzo ciężkie i długotrwałe, trzeba przypuszczać, że w danym przypadku istniała jakaś zmiana ogniskowa w mózgu. Śmiało wyłączyć możemy porażenie połowicze na tle kiłowem: chory ma lat 30, żonaty, ma troje dzieci, brak wszelkich zboczeń kiłowych w ustroju, jak osobliwie w skórze i kościach. Za zatorem tętnicy mózgowej przemawia młody stosunkowo wiek chorego i brak napadu udarowego. Uwzględniając jednak brak wady serca u chorego i brak objawów zatorowych w innych narządach (mocz krwawy, obrzmienie śledziony, zmiany zatorowe w oku), trzeba również wyłączyć i zator mózgowy. Najprawdopodobniej powstał w tym przypadku krwotok mózgowy, lub zakrzep. Rozróżnić krwotok od zakrzepu jest często rzeczą prawie niemożliwą. W naszym przypadku za zakrzepem przemawia młody stosunkowo wiek chorego, brak utraty przytomności i napadu udarowego.

Oceny i sprawozdania.

Nowsze sposoby badania fizyologicznej czynności błędnika nie akustycznego i ich znaczenie praktyczne dla rozpoznania chorób błędnika i ośrodkowego układu nerwowego.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

R. Spira.

W s t ę p. Błędnik uszny składa się z dwu różnych pod względem czynności części, z części ślimakowej i przedsionkowej. Pierwsza służy dla czynności słuchu, oddziaływa na podniety akustyczne, druga służy do utrzymania równowagi ciała, oddziaływa na zmiany położenia i na ruchy ciała i nazywa się też narządem statycznym, narządem równowagi lub oryentacyjnym.

Dla fizyologii części ślimakowej mamy od czasu Helmholtza teoryę, która najlepiej tłomaczy nam wszystkie ob-

jawy akustyczne narządu słuchowego. Rozporządzamy też wielu metodami, zapomocą których możemy badać sprawność fizyologiczną ucha akustycznego. Dalej mamy cały szereg sposobów, zapomocą których możemy przedmiotowo przekonać się o jakości i stopniu upośledzenia czynności słuchowej.

Inaczej rzecz się ma z narządem statycznym. Aż do niedawna brakowało nam środków do dokładniejszego badania czynności tego narządu i do przedmiotowego wykazania jego niesprawności. Oddawna umiemy przedmiotowo wykazać upośledzenia słuchu, nie umieliśmy natomiast stwierdzić przedmiotowo istnienia zawrotu głowy. Objawy niedowładu lub niesprawności narządu przedsionkowego są wyłącznie podmiotowe i dla przypuszczenia upośledzenia jego czynności musieliśmy polegać wyłącznie na podaniach chorego.

Dzięki badaniom ostatnich lat, a szczególnie epokowym poszukiwaniom i odkryciom Baranyego ten stan rzeczy zmienił się tak, że obecnie możemy sprawność tego narządu dokładnie badać i pewne objawy podmiotowe, jak zawrót głowy, przedmiotowo stwierdzić. Jest to postęp doniosłego znaczenia nietylko pod względem naukowym, lecz niemniej i pod względem praktycznym, a przedewszystkiem sądowolekarskim. Te niesłychanie ważne postępy w poznaniu fizyologii tej części błędnika będą przedmiotem następujących uwag.

Uwagi anatomiczne. Nieakustyczna część błędnika czyli narząd statyczny składa się z przedsionka, t. j. z dołka okrągłego (recessus hemisphaericus) i z dołka owalnego (recessus hemiellipticus) i z 3 przewodów półkolistych, uchodzących do dołka owalnego. Przewody te ułożone są w 3 prostopadle do siebie leżących płaszczyznach. Są to 1) przewód poziomy, leżący w płaszczyznie poziomej, dzielącej czaszkę na część górną i dolną; 2) przewód pionowy górny, leżący w płaszczyźnie czołowej, dzielącej czaszkę na połowę przednią i tylną; 3) przewód pionowy tylny, leżący w płaszczyźnie strzałkowej, dzielącej czaszkę na lewą i prawą połowę. Przewód poziomy sterczy swoją środkową wypukloną częścią do jamy bębenkowej i jest przeto najwięcej wystawiony na uszkodzenie w chorobach lub przy zabiegach operacyjnych w uchu środkowem. Każdy przewód ma jeden koniec bańkowato rozszerzony (ampulla = bańka), a drugi węższy. Węższe końce przewodów pionowych zlewają się ze sobą, tworząc jeden otwór do przedsionka. W ten sposób wszystkie 3 przewody tworzą 5 otworów, z których 3 bańkowate, uchodzące do dołka eliptycznego w tylnej części błędnika.

Dołki te kostne wyścielone są woreczkami błoniastymi (sacculus i utriculus), a przewody kostne wyścielone są przewodami błoniastymi. Między kostnemi ścianami i błoniastą wyściółką znajduje się płyn (perilympha); płyn wypełnia również światło woreczków i przewodów błoniastych (endolympha). Cała część przedsionkowa zaopatrzona jest przez nerw przedsionkowy. W każdym otworze bańkowym znajduje się wyniosłość, grzebień bańkowy (crista ampullaris), w którym końce n. przedsionkowego stoją w związku z nabłonkiem zmysłowym rzęskowym. W woreczkach błoniastych znajdują się plamki, podobnie zbudowane, jak grzebień bańkowy (maculae acusticae), z tą różnicą, że rzęski ich są krótsze i noszą kryształki wapniowe (piasek uszny — otolithes).

Nerw przedsionkowy bierze początek w szarej substancyi rdzenia przedłużonego od dwu jąder (jądra Deitersa i Bechterewa), które są w związku z móżdżkiem i z nn. mięśni ocznych i kończy się w nabłonku zmysłowym w plamach słuchowych przedsionka i grzebieniach przewodów łukowatych.

Uwagi fizyologiczne. Jak część słuchowa błędnika oddziaływa na podniety słuchowe, tak część przedsionkowa oddziaływa na podniety ruchowe, na bierne lub czynne ruchy głowy lub ciała. Czynność tej części błędnika jest bezwiedna, jak wszystkie czynności wegetacyjne (żołądka, nerek i t. p.). Tylko tam, gdzie działają podniety nieprawidłowe, czynność ta dochodzi do świadomości (różne dolegliwości żołądkowe, w błędniku — zawrót głowy), Wszystkie narządy zmysłowe oddziałują swoiście, i to nietylko na podniety właściwe, ale także na niewłaściwe. Zachodzi jednak przytem ta różnica, że niewłaściwe podniety wywołują wyobrażenia imaginacyjne, podmiotowe, fałszywe, nie zgadzające się z rzeczywistością. I tak podniety niewłaściwe, działające na n. przedsionkowy w jego ośrodkach, przebiegu lub zakończeniach, wywołują fałszywe wyobrażenia oryentacyjne o spokoju lub ruchu, nieistniejącym w rzeczywistości. Naprzykład, stojąc spokojnie wydaje się nam, że się ruszamy, padamy, lub kręcimy się w jednym lub drugim kierunku, albo przedmioty otaczające zdają się kręcić się, latać, chylić się i t. d. Podobne fałszywe wyobrażenia powstają przez działanie właściwych bodźców na narząd przedsionkowy chorobowo zmieniony i przeto nieprawidłowo oddziałujący.

Te właśnie fałszywe wyobrażenia i towarzyszące objawy nazywamy zawrotem głowy, który właśnie stanowi świadomy odczyn narządu oryentacyjnego na podniety niewłaściwe. Uczuciu zawrotu głowy towarzyszą zwykle nieprawidłowe ruchy mięśni dowolnych, jak kończyn dolnych (zataczanie się) i górnych (zmiana pisma) i oczu (drżenie oczu). Takie zaburzenia dają się wywołać doświadczalnie przez podrażnienie lub uszkodzenie przewodów półkolistych.

Flourens, twórca nowoczesnej fizyologii narządu półkolistego, ogłosił r. 1824 swoje fundamentalne doświadczenia na gołębiach, czem położył stałą podstawę i punkt wyjścia dla tej części fizyologii zmysłów. Wykazał on, że podrażnienie przewodów łukowatych wywołuje regularne ruchy głowy w płaszczyznie, odpowiadającej uszkodzonemu przewodowi. Przecięcie przewodów poziomych wywołuje ruchy głowy od strony prawej na lewo i odwrotnie; przecięcie przewodów pionowych wywołuje ruchy głowy ku tyłowi i przodowi. Ruchy te przymusowe zależne są od braku regulacyi inerwacyi mięśni przez przewody łukowate i występuje tylko, jeżeli zwierzę zmuszone jest do poruszenia się (Cyon).

Cały szereg późniejszych badaczy powtórzył te badania (jak Goltz, Mach, Breuer, Cyon, Ewald, Kreidl, Bechterew, Högyes i in.) i na podstawie doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżeń klinicznych doszedł do przekonania, że przeznaczeniem przewodów łukowatych jest utrzymanie równowagi i że drżenie oczu, występujące przy pewnych ruchach zwierzęcia, bierze początek z błędnika drogą odruchową. Według Cyona przewody łukowate stanowią narząd obwodowy »szóstego« zmysłu, t. j. oryentacyjnego dla 3 głównych kierunków przestrzeni. Przewody te służą do oryentowania się, dla umiejscowienia przedmiotów otoczenia i do uświadomienia położenia naszego ciała w przestrzeni. Narząd przedsionkowy służy prócz tego do stopniowania potrzebnej inerwacyi nn. dowolnych. Zapomocą takich nadzwyczaj rozwiniętych przewodów może nietoperz mimo braku wzroku latać swobodnie w przestrzeni, unikając przeszkód, znajdujących się na drodze (Spallanzani u Braudego).

Cyon znalazł, że przecięcie wszystkich przewodów półkolistych jednej strony wywołuje pochylenie się głowy gołębia ku stronie uszkodzonej. Przecięcie, podrażnienie lub zniszczenie pojedynczych przewodów wywołuje ruchy głowy, oczu i ciała w płaszczyźnie odpowiedniej uszkodzonemu przewodowi. Przecięcie wszystkich przewodów wywołuje ciągłe ruchy gwałtowne.

Podrażnienie przewodów wywołuje u królików z głową unieruchomioną drżenie oczu w różnych kierunkach i różnego nasilenia. Podrażnienie przewodu poziomego wywołuje drżenie oczu poziome, przewodu strzałkowego drżenie pionowe, przewodu pionowego drżenie kołujące. Wrażenia narządów bańkowych przenoszą się przez n. przedsionkowy na ośrodkowy narząd przestrzeni, który będąc w związku z wszystkiemi jądrami mięśni dowolnych oczu,

głowy i całego ciała, reguluje współudział i trwałość skurczów mięśni ciała i wymierza stopnie ich inerwacyi dla ruchów ustroju i jego części w 3 głównych kierunkach przestrzeni. Przez wyznaczenie stopnia inerwacyi pewne grupy mięśni stają się czynnemi dla wykonania ruchu zamierzonego, a równocześnie inne mięśnie przez czynność antagonistyczną wstrzymują ruch w granicy zamierzonej. Tam, gdzie czynności te są zaburzone, wszelki ruch regularny i złożony jest niemożliwy. Jeżeli wszystkie przewody łukowate są zniszczone, to mięśnie, mające brać udział w pewnym ruchu kurczą, się z największem nasileniem i wynika z tego ruch przesadny, nieraz nawet przeciwny zamierzonemu. Po zniszczeniu przewodów gołąb traci na zawsze zdolność latania (Cyon).

Czucia dotykowe skóry, czucia mięśniowe, ścięgien i stawów przenoszą się zawsze na ośrodki ruchowe mózgu i rdzenia, które nietylko utrzymują mięśnie dowolne w pewnym stanie napięcia (tonus), lecz regulują też inerwacyę, nasilenie i trwałość skurczów odpowiednich mięśni w ruchach zamierzonych i odruchowych. We wszystkich ruchach, wykonywanych w celu zmiany położenia ciała lub części jego w przestrzeni, uregulowanie czynności odpowiednich mięśni zależy od przewodów półkolistych. Podrażnienie lub zniszczenie tych przewodów wywołuje różne zaburzenia ruchowe, ruchy przymusowe, niemożność zmiany położenia ciała i utrzymania równowagi.

Zapomocą nerwów bańkowych przewodów półkolistych odczuwamy ruchy we wszystkich 3 kierunkach przestrzeni. Dzięki nim nie tracimy oryentacyi, kiedy się poruszamy w pociągu, na okręcie lub w ciemności. Wybór kierunku, w którym różne ruchy mają być wykonane i kojarzenie ośrodków ruchowych, potrzebnych do ich przeprowadzenia, są wyłączną czynnością przewodów półkolistych (Cyon). Konieczne regulowanie i wymierzenie inerwacyi odpowiednich ośrodków ruchowych i utrzymujących równowagę i inne ruchy pożyteczne wykonuje się głównie zapomocą narządu przedsionkowego.

Inne narządy zmysłowe mogą do pewnego stopnia zastąpić niesprawne działanie błędnika, regulując inerwacyę mięśniową. Zwierzęta, posiadające jedną tylko lub dwie pary przewodów łukowatych, mogą się poruszać i oryentować tylko w tych odpowiednich kierunkach.

Już w roku 1878 Cyon na podstawie wielu doświadczeń podał teoryę, że przewody półkoliste są narządem dla oryentacyi i dla wyobrażenia trójwymiarowej przestrzeni, teoryę, którą później stwierdzono wielu innemi doświadczeniami.

Obecnie wszyscy fizyologowie zgadzają się na to, że przewody te służą dla oryentacyi w tych trzech kierunkach i do rozdzielenia i do ustosunkowania stopnia i trwałości inerwacyi odpowiednich ośrodków ruchowych w stanie spokoju i ruchu.

Część I.

Sposoby badania u człowieka.

Dla badania sprawności błędnika nieakustycznego rozporządzamy szeregiem sposobów, które możemy podzielić na dwie kategorye: A. Sposoby badania co do równowagi. B. Sposoby badania co do drżenia oczu.

A. Sposoby badania równowagi mogą być: a) statyczne, b) dynamiczne, c) kinetyczne, d) galwaniczne.

Utrzymanie równowagi ciała i oryentacyi w przestrzeni umożliwione jest przez 3 czynniki: przez podniety czuciowe (skóry, mięśni, ścięgien, stawów), wzrokowe i błędnikowe. W wiądzie rdzenia podniety czuciowe odpadają. Z tego powodu w tej chorobie występuje niepewność równowagi, zwłaszcza przy zamkniętych oczach, gdyż same podniety przedsionkowe do jej utrzymania nie wystarczają. Na tem polega objaw Romberga. Coś podobnego ma miejsce w chorobach narządu przedsionkowego, przyczem może także być zmniejszone czucie mięśniowe, o ile pojęcie tego narządu jako błędnika dla napięcia (Tonuslabyrinth) jest słuszne. Z tego łatwo zrozumieć, dlaczego zaburzenia równowagi występują wyraźniej, jeżeli odpowiednie próby wykonuje się z zamkniętemi oczami.

Ad a). Każe się badanemu stać z otwartemi i zamkniętemi oczami na obu nogach, na jednej nodze (prawej i lewej), na palcach obu nóg, jednej (prawej i lewej) nogi.

Do badania statycznej równowagi można także posługiwać się kątomierzem (goniometrem), podanym przez Steina, składającym się z 2 desek, pod różnym kątem do siebie ustawianych, tworzących rodzaj równi pochyłej. Pochyłość tę można ustopniować i mierzyć. Człowiek zdrowy może się utrzymać prosto na tej równi z twarzą ku przodowi i na bok aż do pochyłości do poziomu 35—40°, z twarzą ku tyłowi aż do kąta 20—30°. Jeżeli kąt przedni, przy którym stanie zaczyna być niepewnem, jest mniejszy, wtedy mamy osłabienie zginaczy, jeżeli kąt tylny jest mniejszy, osłabienie mięśni prostujących. Jeżeli kąt, przy którym badany, stojący twarzą na bok, zaczyna zataczać się, jest mniejszy, wtedy istnieje osłabienie mm. strzałkowych. Różne uszkodzenia błędnika statycznego dają różnego stopnia zmniejszenia kąta przy oczach otwartych i zamkniętych. Wyniki mogą jednak zależeć także od wprawy i ćwiczenia w chodzeniu na równiach pochyłych.

Alexander podał modyfikacyę goniometru Steina, która pozwala kąt przyrządu bardzo powoli zmieniać i unikać wstrząśnienia badanego. Mackenzie, przeprowadziwszy szereg badań tym przyrządem, doszedł do przekonania, że zapomocą niego można wykazać bardzo ściśle zaburzenia równowagi. Za błędnikowe jednak można te zaburzenia uznać dopiero po wykonaniu innych metod badania.

Ad b). Każe się choremu chodzić albo skakać prosto naprzód i w tył, na prawo i na lewo, z otwartemi i zamkniętemi oczami, obiema nogami, prawą i lewą nogą, tak samo na palcach obu nóg i jednej nogi. Są to sposoby, podane przez Steina.

Herzfeld poleca kazać badanym chodzić po materacach sprężynowych. Zataczanie się chorych bez błędnika, którzy mają chodzić, albo z zamkniętemi oczami i zbliżonemi nogami stać na takich materacach, jest tak cechujące, że wpada zaraz w oczy.

Stein podaje ikonografię, przedstawiającą obrazy odcisków podeszew chorych, z których można wnosić o stopniu zaburzenia równowagi. Według niego szczególnie skakanie zawsze na tem samem miejscu bez posuwania się naprzód (skok błędnikowy) jest cechujące dla cierpienia błędnika. Stein podaje 8 stopni zaburzenia równowagi, a mianowicie: 1) przy oczach otwartych wszystkie ślady (odciski) regularne, przy oczach zamkniętych niektóre nieregularne; 2) przy oczach zamkniętych wszystkie ślady regularne, przy zamkniętych wszystkie nieregularne; 3) przy otwartych oczach niektóre ślady regularne, przy zamkniętych wszystkie nieregularne; 4) przy otwartych i zamkniętych oczach wszystkie ślady nieregularne; 5) przy oczach otwartych i zamkniętych niektóre ruchy nieregularne, inne niemożliwe; 6) przy oczach otwartych wszystkie ruchy nieregularne, przy zamkniętych niemożliwe; 7) przy oczach otwartych niektóre tylko ruchy nieregularne są możliwe; 8) zupełna niemożliwość wykonania jakiegokolwiek ruchu.

Ad c). Dla badania siły, względnie osłabienia, atonii lub astenii, powstałych przez wyczerpanie skutkiem ruchów przymusowych lub przez nadmierną inerwacyę, posługujemy się różnymi przyrządami, jak dynamometrem, ergografem i t. p. Mierzymy siłę mięśniową prawej lub lewej ręki przy oczach otwartych i zamkniętych. Stein twierdzi, że we wszystkich chorobach błędnika z zaburzeniem równowagi zmniejszona jest siła mięśniowa obu rąk i to wyraźniej przy oczach zamkniętych, niż przy otwartych. Torretta przypisuje wielką wagę badaniu dynamometrem w pozycyi leżącej, ponieważ w tem

położeniu u zdrowych siła jest mniejsza, niż gdy stoją, natomiast u chorych na choroby błędnika rzecz ma się odwrotnie. Chorzy tacy mogą tylko leżąc zwracać całą uwagę na wywarcie siły na siłomierz, natomiast stojąc muszą część uwagi odwracać dla utrzymania równowagi statycznej i dynamicznej, przeto siła wypada mniejsza.

Ad d). Już oddawna stwierdzono, że zawrót i ruchy głowy, występujące pod wpływem prądu elektrycznego, są odczynem podrażnienia błędnika nieakustycznego. Breuer wywołał u gołębi różne ruchy głowy przez galwanizowanie poszczególnych łuków błędnikowych. Ruchy te odbywają się według pewnych prawideł. Badania Babińskiego, Ewalda, Pollaka, Baranyego i in. wykazały, że odczyn ten zależny jest od stanu tych łuków, tak, że ze sposobu, miary i kierunku odczynu można poznać chorobę jednego lub drugiego przewodu łukowatego.

Jeżeli się u człowieka stojącego z zestawionemi nogami przepuszcza prąd galwaniczny przez głowę, w kierunku od wyrostka do wyrostka lub z jednym biegunem przy uchu, drugim w ręce, to przy pewnej sile prądu występuje pochylenie głowy w kierunku anody i drżenie oczu ku katodzie. Przy silniejszym prądzie następuje zawrót głowy i upadek. Z siły prądu, potrzebnej do wywołania odczynu, z siły odczynu i z jego kierunku można wnosić co do choroby łuków błędnika lub układu ośrodkowego nerwowego. Weber znalazł w 400 przypadkach, że wyniki tych badań nie zawsze są pewne i podaje inną metodę badania. Polega ona na tem, że oba wyrostki sutkowe podrażnia się prądem elektrycznym równego rodzaju i równej siły, co u zdrowych osób nie wywołuje żadnego zaburzenia równowagi ze względu na to, że równe podniety z obu stron równoważą się i znoszą. W pewnych zaś chorobach jednostronnych występują przy takiem badaniu zaburzenia równowagi w postaci zataczania się na jeden lub drugi bok, z czego wnosić można, która strona jest chorobą zajęta.

Zaburzenia równowagi, występujące przy takich badaniach statyczno-dynamicznych, pojawiają się w różnej postaci i w różnym stopniu. Chory stoi niepewnie, nie może się utrzymać na nogach w równowadze, zatacza się, rozstawia nogi szeroko, skłania się do padania albo pada nagle na jeden lub drugi bok, naprzód lub w tył. Zwykle chorzy tacy narzekają także na osłabienie kończyn dolnych różnego stopnia. Niektórzy autorowie znajdowali w takich przypadkach także różne zaburzenia przy pisaniu, w mowie, w oddychaniu. Przy zajęciu jednej strony zataczanie się, zboczenie od linii prostej przy chodzeniu jest wybitniejsze po stronie chorej i wyraźniej występuje przy staniu na nodze chorej strony, niż na drugiej. Te zaburzenia równowagi i oryentacyi mają źródło w zniesionej lub nadmiernej czynności błędnika jednej lub obu stron, jak zobaczymy niżej.

Przy badaniach równowagi należy wyłączyć zastąpienie czynności przewodów łukowatych przez inne zmysły (p. fizyologia), jak wzrok, dotyk, i to zawiązując choremu oczy lub każąc mu chodzić i stać na końcach palców nóg lub wykonywać różne skoki. Dalej powinniśmy pierwej przekonać się, czy badany niema jakiej innej choroby, mogącej być przyczyną zaburzenia równowagi, jak wiąd rdzenia (w tym celu badać należy odruchy źreniczne, odruchy głębokie, bezład), choroba stawów, mięśni, móżdżku, czy niema histeryi, nerwicy, czy chory nie nosi ciasnych butów i t. p.

B). Prawie wszystkie inne sposoby badania czynności błędnika nieakustycznego odnoszą się do badania skojarzonych mimowolnych ruchów gałek ocznych, t. j. do drżenia oczu. Drżenie oczu (nystagmus = ny) jako jedyny objaw przedmiotowy w zbiorze objawów zawrotu głowy zasługuje przy tem badaniu na większą uwagę. Jestto objaw, polegający na skojarzonych rytmicznych ruchach oczu w różnych płaszczyznach, w płaszczyznie poziomej, pionowej lub czołowej. Stosownie do tego odróżniamy ny poziomy, pionowy, względnie kołujący. Ruchy te są w obu oczach równe tak co do nasilenia, jak przeważnie także co do kierunku. Odróżniamy 3 stopnie ny. 1) Jeżeli ruchy występują ku jednej stronie, np. prawej lub ku górze tylko wtedy, kiedy badany patrzy krańcowo w tę samą stronę, t. j. na prawo, względnie w górę. 2) Jeżeli ruchy występują ku jednej stronie także przy patrzeniu prosto przed siebie. 3) Jeżeli ruchy występują ku jednej stronie nawet przy ustawieniu krańcowem oczu ku stronie przeciwnej. Dla dokładniejszego spostrzegania i mierzenia stopnia ny. podano różne sposoby i przyrządy (Buys — przyrząd według systemu przyrządu bębnowego Mareya i in).

Drżenie oczu może być pochodzenia optycznego, przedsionkowego lub mieszanego, i to fizyologiczne lub patologiczne.

Drżenie oczu optyczne trafia się u dzieci ze złym wzrokiem z powodu choroby ocznej lub ośrodka wzrokowego. Ażeby siatkówce przysporzyć jak najwięcej bodźców wzrokowych, wykonuje chory oczami ruchy, które czasem pozostają jeszcze później po całkowitem oślepnięciu lub po odzyskaniu dobrego wzroku. Podobne ruchy oczu widać u podkopników, górników zmuszonych pracować przy świetle niedostatecznem.

Jako mieszane uważać można drżenie oczu fizyologiczne, które powstaje, jeżeli podczas pewnych ruchów głowy lub ciała, np. jadąc, chcemy dobrze widzieć przedmioty nieruchome z otoczenia, albo jeżeli stojąc, chcemy dokładnie widzieć przedmioty poruszające się. Ruchy te odrazu ustają, jeżeli zwracamy wzrok na przedmiot nieruchomy lub razem z nami się poruszający. Jeżeli jadąc wozem lub koleją chcemy wpatrzeć się w przedmiot zewnątrz wozu się znajdujący, oczy powoli poruszają się w kierunku przeciwnym jeździe, by od czasu do czasu prędko poskoczyć w kierunek jazdy.

Ruchy te, ny fizyologiczny, dzięki ścisłym związkom, zachodzącym między nn. ruchowymi oczu a błędnikiem, są zawsze skojarzone z czynnością błędnika przy ruchach głowy i ciała. Odwrotnie czynność lub pobudzenie błędnika statycznego wywołuje zawsze ruchy oczu, nawet kiedy one są zamknięte. Ny optyczny powstaje tylko w celu dokładnego widzenia. Z tego wynika, że ny przy oczach zamkniętych jest zawsze pochodzenia błędnikowego. Przy ny optycznym chory nie widzi poruszania się przedmiotów, ponieważ ośrodek zmysłowy jest przyzwyczajony łączyć różne obrazy w jeden. Odwrotnie w ny patologicznym pochodzenia przedsionkowego przedmioty zdają się poruszać mimo, że chory, jak również przedmioty otaczające, stoją na jednem miejscu.

(Dokończenie nastąpi).

Codex alimentarius austriacus. Bd. I, II. Wien 1911—1912. Verlag der k. k. Hof-und Staatsdruckerei. Cena 10 kor. za tom.

Das oesterreichische Lebensmittelbuch. Volksausgabe. Bd. I, II. Wien 1912. Verlag der k. k. Hof-und Staatsdruckerei. Cena 4 kor. za tom.

Józef Hetper **Żywność w obrocie handlowym.** Poradnik praktyczny z uwzględnieniem ustaw i rozporządzeń do użytku organów nadzorczych, kupców, przemysłowców i konsumentów. Kraków 1912. Drukarnia Uniwersytecka. Cena 2 kor.

Uchwalenie przez parlament austryacki ustawy o obrocie handlowym środkami spożywczymi i niektórymi przedmiotami użytku stanowiło w państwie austryackiem zaledwie pierwszy krok na polu tak potrzebnego, racyonalnego i umiejętnego nadzoru nad żywnością. Po za liniami wytycznemi co do rodzaju organów nadzorczych i zakładów badawczych, praw i obowiązków, przysługujących nadzorcom i zakładom podczas wykonywania nadzoru i urzędowych badań, po za prawami rządu do wydawania nowych, dziedzinę tę w nowe ramy ujmujących przepisów, po za pojęciami prawnemi, koniecznemi dla należytego ujęcia i stosownego ukarania wykroczeń w danej dziedzinie, po

za wszystkiemi treść wspomnianej ustawy stanowiącemi zasadniczemi postanowieniami, pozostawało jeszcze wiele dziedzin racyonalnego nadzoru nad żywnością mimo wielkiego swego znaczenia nieuregulowanych i nieujętych.

Jednym z takich zakresów jest sprawa technicznej oceny poszczególnych środków spożywczych i objętych ustawą przedmiotów użytku. Oceny, kiedy jakiś przedmiot spożywczy lub użytku uważać jeszcze należy za normalny w zrozumieniu wspomnianej ustawy, kiedy za zafałszowany, zepsuty lub zdrowiu szkodliwy, upośledzony w wartości spożywczej lub podrobiony, albo też pod fałszywą nazwą sprzedawany, nie można było pozostawić bez pewnych zastrzeżeń poszczególnemu znawcy, lecz należało tak ze względów higieniczno-zdrowotnych, jak niemniej ogólno-ekonomicznych i dla należytej ochrony uczciwego przemysłu i handlu, a również dla wytworzenia należytej judykatury sądowo-karnej, stworzyć zasady, któremi kierować się powinni znawcy i organa nadzorcze w danej dziedzinie. Gdy zaś stosowane przy badaniu środków spożywczych różne naukowe metody badania nieraz rozmaite dają wyniki, a na odmiennych metodach badania oparte oceny niejednokrotnie są ze sobą sprzeczne i wywoływać mogą bądź skargi i podejrzenia, bądź nieufność do wartości naukowych metod badania — przeto należało wspomnianemi zasadami oceny objąć również i metody badania, które przy ocenie produktów spożywczych i przedmiotów użytku w celach urzędowych zastosowane być powinny celem porównania badań, wykonanych przez rozmaitych badaczy. Dopiero stworzenie tego rodzaju zasad i podstaw do oceny przedmiotów, objętych ustawą z 16 stycznia 1896, zapewnić mogło należytą opiekę dla uczciwego przemysłu i handlu, oraz wytworzenie należytej judykatury.

W uznaniu tej potrzeby, koniecznej dla zapewnienia wspomnianej ustawie należytego jej znaczenia i zastosowania, utworzono z inicyatywy interesowanych ministerstw komisyę dla opracowania wyżej wspomnianych zasad, złożoną z osób zajętych zawodowo naukowem badaniem i oceną środków spożywczych, przemysłowców i sfer kupieckich, oraz handlowych. Wynikiem prac tejże komisyi był projekt t. zw. kodeksu o żywności, przedłożony do oceny wszystkim państwowym zakładom badawczym oraz grupom i przedstawicielstwom sfer produkujących — rolniczym, przemysłowym, — sfer handlowych — Izbom handlowo-przemysłowym. Projekt ten po wysłuchaniu uwag wspomnianych instytucyi oraz po przejściu przez obrady państwowej Rady przybocznej dla spraw żywności oraz Najwyższej Rady zdrowia pojawił się w ostatecznej redakcyi jako publikacya urzędowa pod nazwą »Codex alimentarius austriacus«.

Kodeks ten, zakreślony jako dzieło 3-tomowe, na razie ma opracowane tylko 2 tomy, obejmujące następujące działy: zboże, rośliny strączkowe, chleb i pieczywo, sól kuchenną, jarzyny świeże i suszone, grzyby jadalne, owoce świeże i suszone, przyprawy korzenne, herbatę chińską i paragwajską, kawę i surogaty tejże, kakao, cukry, wyroby cukiernicze i marcypany, piwo, moszcz, wino owocowe i z jagód, wino z winogron, naftę, wodę sodową i inne sztuczne napoje nasycone kwasem węglowym, kwas węglowy, mąkę i inne produkta młynarskie, skrobię, wyroby z ciasta, mięso i wyroby mięsne, ryby, mleko i produkta mleczarskie, drożdże naturalne i sztuczne, zakwas, wyciągi mięsne, konserwy z ryb i grzybów, oraz środki kosmetyczne. Przedmiot ujęto w ten sposób, że każdy z wymienionych działów poprzedza ile możności wstęp, obejmujący streszczenie ustaw, rozporządzeń i orzeczeń Trybunału Najwyższego, odnoszących się do danego przedmiotu, poczem sam przedmiot ujęto ze stanowiska 1) opisowego, 2) pobierania zeń prób przeznaczonych do badania, 3) metod badania, 4) właściwej oceny, 5) reglementacyi jego obrotu handlowego, oraz 6) zużytkowania w razie zakwestyonowania jakiegoś towaru. Ustęp pierwszy ma charakter raczej informacyjny i służąc jedynie do wprowadzania i pouczania, jak na dany przedmiot ze stanowiska ustawy wspomnianej patrzeć należy, nie może być oczywiście wyczerpującym. Ustępy drugi i trzeci mają szczególniejsze znaczenie dla organów nadzorczych i zakładów badawczych; w miarę postępu nauki i metodyki badawczej ulegać będzie ustęp trzeci rozwojowi i przemianom; ustępy te mają moc obowiązującą dla rządowych zakładów badawczych. Ustęp czwarty — najważniejszy ze wszystkich — zawiera najważniejsze wskazówki dla znawców, ale niemniej ważny jest dla interesantów przemysłowych, producentów, kupców, jak również i dla sędziego. W ustępie piątym pomieszczono obok ewentualnie obowiązujących już przepisów o uregulowaniu handlu danym przedmiotem, życzenia i wskazania, któremi przy reglementacyi handlu odnośnym towarem kierować się powinny władze miejscowe, zaś w ustępie szóstym podano sposoby postępowania ze skonfiskowanym towarem, cenne niejednokrotnie tak dla władz targowych i ich organów wykonawczych, jak niemniej i dla sędziego, zmuszonego nieraz do wydania odnośnego zarządzenia w wyroku sądowym.

Jak z powyższego widać, posiada austryacki »Codex alimentarius« wielką wartość jako zawodowy podręcznik doradczy nietylko dla zakładów, którym powierzono badanie żywności, nietylko dla organów, wykonujących nadzór z ramienia ustawy — a których postanowieniami swemi obowiązuje — nietylko dla sędziego, powołanego do wydawania wyroków za przekroczenia w danej dziedzinie, nietylko dla władz administracyjnych, dając im wskazania, jak miejscowymi przepisami uregulować obrót handlowy w danej dziedzinie, ale jest on również bardzo cenny dla wszystkich tych, którzy zawodowo i dla zarobku zajmują się produkcyą, przemysłem czy handlem, żywnością i niektórymi przedmiotami użytku i bądź z ustawą, bądź z jej wykonawcami wchodzić mogą w kolizyę.

Austryacki »Codex alimentarius« w urzędowem swem wydaniu przedstawia poważne dzieło, które w pewnych zwłaszcza rozdziałach, omawiających metody badania, dla całego szeregu grup interesantów nie jest dostępne z powodu swego ściśle naukowego charakteru. Celem uprzystępnienia go dla jaknajszerszych grup interesantów i dla wszelkich stopni organów nadzorczych wydała go drukarnia państwowa w postaci skróconej z pominięciem ustępów o charakterze naukowym i w tej postaci nadano mu nazwę »Oesterreichisches Lebensmittelbuch«. Celem uprzystępnienia tego wydania jak najszerszym warstwom interesantów ustanowiono nietylko nizką cenę 4 kor za tom, ale istnieje nadto podobno zamiar przetłomaczenia tegoż wydania kodeksu na rozmaite języki narodowości, zamieszkujących Austryę. Przekładu polskiego jednak nieprędko należy się spodziewać, a braku jego nie przyjdzie już teraz żałować wobec tego, że inspektor krakowskiego zakładu rządowego dla badania żywności, J. H e t p e r, przez wydanie swego poradnika p. t. Ż y w n o ś ć w o b r o c i e h a n d l o w y m, potrzebie tej jak dla naszych stosunków w znacznej mierze zaradził.

Poradnik ten, napisany przedewszystkiem dla drobnego naszego przemysłu i kupiectwa, zajmujących się wyrobem czy sprzedażą żywności, posiada układ przyjęty w kodeksie powyżej omówionym i oczywiście jest z nim zgodny. Przedmioty, nie objęte dotychczas kodeksem, opracował autor na sposób przedmiotów objętych nim, przyjmując dla oceny ich zasady, któremi krakowski Zakład rządowy w orzeczeniach swych się kieruje. Ponieważ autorowi, jak i jego doradcom, zależało głównie na nadaniu poradnikowi charakteru informacyjnego dla drobnego przemysłu i handlu, pominięto w nim nietylko zupełnie metody badania oraz sposobu postępowania z towarem zakwestyonowanym, skonfiskowanym, ale ograniczono również sprawy reglementacyi obrotu handlowego, zaś co do poboru prób i oceny poszczególnych przedmiotów ograniczono się w poradniku do pojęć najważniejszych, poświęcając najwięcej miejsca części opisowej, wytłomaczeniu najważniejszych dla kupca i prze-

mysłowca postanowień ustawy z 16 stycznia 1906, oraz przepisów ustaw i rozporządzeń, odnoszących się do poszczególnych przedmiotów.

Poradnik Hetpera odda naszym kupcom i drobnym przemysłowcom rzetelną usługę, uświadamiając ich raz o odpowiedzialności wobec ustawy, powtóre przez zwrócenie uwagi, na jakie własności wyrabianych wzgl. sprzedawanych przez siebie środków spożywczych oraz przedmiotów użytku zwracać powinni baczność i jak postępować, by nie popaść w kolizyę z ustawą.

Ze względu na okoliczność, że nadzór nad żywnością, zwłaszcza po powiatach, spoczywa jak dotychczas głównie na lekarzach urzędowych, powiatowych,chciałbym na podręcznik Hetpera zwrócić uwagę. Im lepsze będzie uświadomienie sfer, wśród których lekarze powiatowi rozwijać muszą swą czynność nadzorczą, a dla których poradnik jest napisany, tem i zadanie i cel lekarzy szybciej da się osiągnąć. L. Bier.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Aschner: **O czynności przysadki mózgowej** (Pflüger's Archiv f. ges. Physiol. T. 164, 1. 2. 3).

Przysadkę mózgową znajdujemy już u najniższych kręgowców. Cały szereg badań poświęcono zagadnieniu, czy narząd ten jest niezbędnym dla życia, nie dały one jednak dotąd jednolitego wyniku. Aschner wypracował własną metodę wyłuszczenia przysadki, dającą z istniejących dotąd najlepsze warunki i największą gwarancyę czystości doświadczenia, ponieważ omija guz popielaty (tuber cinereum) i podstawę mózgu. Materyał doświadczalny obejmuje 123 psów. Doświadczenia te wykazały, że przysadka nie jest narządem niezbędnym dla życia, natomiast gra wielką rolę w przemianie materyi. Po usunięciu tego gruczołu występowały zmiany troficzne, nieznaczne u psów dorosłych, tem wybitniejsze jednak, im zwierzę było młodsze. Występowało zahamowanie wzrostu, przyczem utrzymywały się stale nasadowe granice kości. Uzębienie mleczne utrzymywało się stale, jak również meszek (lanugo). W skórze i narządach wewnętrznych (wątroba, nerka i gruczoł płciowy) występowało stłuszczenie, narządy płciowe cechował infantylizm. Ciepłota psów, pozbawionych przysadki, była o 1—1½ stopnia niższą od prawidłowej; budowa naczyń krwionośnych pozostała nader delikatną. Dalej spostrzegał autor zwyrodnienie koloidów gruczołu tarczowego, długie utrzymywanie się grasicy. Zwierzęta odznaczały się małą ruchliwością; u samców występował zanik spermatogenezy, popęd płciowy zjawiał się późno i w stopniu słabym. Samiczki dorosłe nie zachodziły w ciążę, a ciąża istniejąca ulegała przerwaniu. U młodych ruja występowała szczątkowo bez krwawego wypływu z pochwy, w jajnikach znajdowano co najwyżej jedno ciałko żółte. Usuwanie przysadki wykazuje jej wpływ na przemianę materyi, analogiczny do działania tarczycy; wydzielanie N zmniejsza się przy głodzeniu zwierząt o $^1/_3$, a nawet o $^1/_2$. Adrenalina wywołuje znacznie mniejszy cukromocz, niż zwykle. Większą tolerancyę wobec adrenaliny tłómaczy autor zmniejszoną pobudliwością układu nerwowego współczulnego. Zapotrzebowanie tlenu obniża się znacznie. Żywienie kołaczykami z przysadki podnosi przemianę u psów, działa dodatnio na wzrost, podnosi przemianę białka. Kołaczyki te zdaniem autora powinnyby znaleść zastosowanie przy zwalczaniu otyłości.

Zestawiając badania innych autorów, stwierdza Aschner, że działanie fizyologiczne wyciągu z przysadki, t. zw. »pituitrinum infundibulare«, odpowiada działaniu na nn. błędny, współczulny i układ naczyniowy, wywołuje skurcz mięśni gładkich naczyń, jelit, pęcherza, macicy, wzmaga ich pobudliwość, wzmacnia wydzielanie moczu, wywołuje rozszerzenie źrenicy. Ciśnienie krwi pod wpływem tego wyciągu podnosi się, skurcze serca stają się wolne, a pełne.

Badanie fizyologiczne przysadki sprowadził na właściwe tory Brown-Séquard, który pierwszy uważał ją za gruczoł o wydzielaniu wewnętrznem, w działaniu podobny do tarczycy. W patologii człowieka schorzenia przysadki odgrywają rolę w akromegalii, dysplasia adiposogenitalis, otyłości, karłowatości, wzroście olbrzymim i infantylizmie. Ciąża i wytrzebienie wywołują w budowie przysadki wybitne zmiany. Badania nad skutkami wyłuszczenia przysadki rzuciły światło na znaczenie guza popielatego i szypuły gruczołu i wykazały, że ciała te zawierają ośrodki, niezbędne do życia. Zranienie guza popielatego wywołuje cukromocz. A. Markowa.

Medycyna wewnętrzna.

Frey: **O nakłuciu lędźwiowem przy mocznicy.** (Korr. f. Schw. Ärzte, 1912. 17). W ostrej mocznicy rozróżnia F. 3 typy: 1) mocznicę z typem zatrzymania soli, gdzie serce pracuje silnie, a objawy ze strony mózgu nie są zaznaczone; 2) mocznicę typu sercowego, ale bez objawów mózgowych; 3) typ mózgowy, gdzie są objawy ucisku mózgu, sztywność karku, wymioty, drgawki, oddech Cheyne-Stokesa, zwolnienie tętna i t. p. W pierwszej formie najlepsze usługi oddaje leczenie napotne i równoczesne wlewania soli kuchennej, w drugiej puszczenie krwi i środki sercowe, w trzeciej zaś wypuszczenie płynu mózgowo-rdzeniowego. Zwłaszcza przy zaczynającej się ślepocie bywa wynik znakomity tak, że jest ona zarazem bezwzględnem wskazaniem do nakłucia lędźwiowego. Wypuszczać należy płyn dopóty, aż ciśnienie spadnie do poziomu prawidłowego. A.

Citronblatt: **Rozpoznawcze znaczenie antytryptycznej zawartości surowicy krwi przy raku i przy innych cierpieniach.** (Med. Klinik 1912 Nr 34). W roku 1908 zwrócono uwagę, że surowica krwi przy raku zawiera zwykle większą ilość substancyi antytryptycznych. Statystyki wykazały, że objaw ten występuje w przeszło 80% przy raku, a zaledwo w 20% innych schorzeń. Odczyn ten odnoszono do zwiększonego rozpadu białka. Badania autora wykazały, że rzeczywiście przy raku niemal w 90% spotykamy ten objaw, natomiast brak jego nie wyłącza wcale obecności raka. Ilość substancyi antytryptycznej nie stoi w żadnym stosunku z rozległością nowotworu rakowego. Przy mięsakach objaw ten jest znacznie rzadszy. Prócz tego ten objaw występuje, choć rzadko, przy gruźlicy, kile, durze brzusznym, kamicy żółciowej i ciąży. Rozpoznawcze znaczenie może mieć tylko wtedy, jeżeli przy innych objawach klinicznych wypadnie odczyn dodatnio. A.

E. Ecsedi i S. Sebök: **Wartość lecznicza jodfersanu w leczeniu kiły.** (Z oddz. skórnego izr. szpitala w Peszcie). Salwarsan nie jest w stanie wyrugować rtęci i jodu przy leczeniu kiły. Po 8-miesięcznych doświadczeniach w kierunku ocenienia wartości szeregu przetworów jodowych, uwzględniają autorowie w pierwszej linii »jodfersan«. Kołaczyki zawierają po 0·4 g fersanu i 0·19 jodku potasu. Wessalność łatwa. Jod krąży we krwi jednostajnie i jednostajnie bywa wydalany. Doświadczenia obejmują 86 chorych. Ms. W.

Prof. Determann. **Leczenie wodą, powietrzem i klimatem górskim.** (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie. 1912. Nr I. i II.). Ustrój dziecięcy w porównaniu z ustrojem dojrzałym w słabym tylko stopniu zdolny jest do regulowania zmian termicznych, osmotycznych i protoplazmatycznych swoich tkanek, z powodu czego wskazana jest wielka ostrożność w stosowaniu fizycznych zabiegów leczniczych. Niektóre jednak z tych zabiegów działają bardzo korzystnie na ustrój dziecięcy, czasem nawet w wyż-

szym stopniu, niż na ustrój dojrzały, jak np. pobyt w górskim klimacie, w szczególności kąpiele powietrzne i słoneczne. Dr Weissglas.

Doc. Kakowski. **Korzenie w przebiegu zapalenia nerek.** (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie. 1912, Nr II. i III.). Przez korzenie w ściślejszem tego słowa znaczeniu rozumie się różne części rozmaitych roślin, które przyczyniają się do poprawy smaku, np. wanilia, cynamon, szafran i t. p. Działanie ich, a zwłaszcza niekorzystny wpływ na nerki, są mniej więcej znane. Natomiast co do dwóch roślin, t. j. pietruszki i kopru, które w kuchni i w lecznictwie ludowem mają częste zastosowanie jako środki moczopędne, dotychczas tego powiedzieć nie było można. Doświadczenia autora, przeprowadzone na szeregu chorych na nerki, wykazują niekorzystny wpływ także i tych roślin na nerki, wywołany podobnie, jak i przy użyciu innych korzennych przypraw, przez olejki eteryczne, w tych roślinach zawarte. Dr Weissglas.

Marius Lauritzen. **O wskazaniach leczenia owsianego w przebiegu cukrzycy.** (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie. 1912. Nr IV.). Jeszcze przed Noordenem szukano jakiegoś węglowodanu, któryby działał hamująco na tworzenie się kwasów w przebiegu ciężkiej cukrzycy. Noorden przypadkowo znalazł, że najlepiej jeszcze temu celowi odpowiada węglowodan, zawarty w ziarnach owsa. Z początku stosował Noorden leczenie owsem tylko przy rozpoczynającej się śpiączce cukrzyczej (coma diabeticum). Później jednak rozszerzył wskazanie zastosowania przetworów owsianych także na inne okresy cukrzycy. Leczenie to przedstawia się w sposób następujący: Po dwóch dniach dyety jarzynowej następują 2—3 dni, gdzie chorzy dostają około 200—300 gr. grysiku owsianego z dodatkiem 100 gr. masła i 2—6 jaj itp. Po tych t. zw. »dniach owsianych« (Hafertage) następują znów »dnie jarzynowe« (Gemüsetage) itd. To przeplatanie dyety jarzynowej z dyetą owsianą pozwoliło właśnie Noordenowi rozszerzyć wskazania do zastosowania dyety owsianej także na inne postacie cukrzycy. Najlepiej jednak działa leczenie to u dzieci, a u dorosłych działa dobrze w średnio ciężkich postaciach cukrzycy. Wedle Bluma nie chodzi tu wcale o jakieś szczególne działanie węglowodanu owsa, bo także inne mogą działać podobnie, o ile tylko na to się uważa, aby dyeta jarzynowa poprzedzala dyetę owsianą; przez czas bowiem, w którym chorzy nie dostają w ogóle mącznych potraw, zmniejsza się nadmierna zawartość cukru we krwi, a zwiększa się natomiast jej tolerancya wobec węglowodanów. Weissglas.

Buxbaum. **Przyczynek do leczenia nerwobolów zapomocą radu.** (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie. 1912. Nr V.). Znany jest korzystny wpływ radu na różne schorzenia układu nerwowego, w szczególności nerwów obwodowych (nerwobóle). Dziś istnieje już cały szereg przetworów radyoczynnych, które można stosować zewnętrznie w postaci różnych maści, plastrów i okładów. Okłady, stosowane nawet przez całe miesiące, nie tracą na swojej sile promieniotwórczej (Radioldauerkompressen). Okłady takie pozostawia się na odpowiedniem miejscu ciała przez 6 do 12 godz„ stosownie do głębokości nerwu, na który chcemy zadziałać. Weissglas.

Cronheim. **Znaczenie lecytyny w przemianie materyi u dorosłych.** (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie. 1912. Nr V.). Na podstawie dotychczasowych doświadczeń różnych autorów zdaje się nie ulegać wątpliwości, że można korzystnie wpłynąć na przeróbkę związków fosforowych zapomocą lecytyny w rozwijającym się ustroju. Autorowi chodziło o przekonanie się, czy już rozwinięty ustrój potrzebuje doprowadzenia lecytyny, względnie czy związki fosforowe, zawarte w pokarmach, wystarczają do zaspokojenia jej braku. Na podstawie swoich doświadczeń dochodzi do przekonania, że prawie wszystkie nasze pokarmy zawierają lecytynę i że lecytyna w przeróbce materyi człowieka dorosłego równie wielką odgrywa rolę, jak w ustroju rosnącym i wreszcie, że podobnie jak u dzieci wywiera wpływ korzystny przy zastępowaniu utraconych wskutek przeróbki materyi związków azotowych. Weissglas.

Prof. Determann. **Leczenie klimatyczne przy chorobach serca i naczyń.** (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie, 1912. Nr VII i VIII). Klimat działa przez swoje poszczególne czynniki: ciśnienie powietrza, skład powietrza, prądy powietrzne, wilgoć, ciepłotę, naświetlenie słoneczne, częstość zmiany pogody, rodzaj ziemi gruntowej, elektryczne właściwości powietrza. Każdy z tych czynników z osobna lub też razem wzięte w wysokim stopniu wywieraja wpływ na układ krwionośny człowieka. Wobec tego, że układ krwionośny, a przedewszystkiem chore serce jest bardzo wrażliwe na wspomniane czynniki klimatyczne — przeto przy wyborze miejscowości klimatycznej, dokąd wysyła się chorego ze zmianami układu krwionośnego, jest wskazana wielka ostrożność. Autor przytacza między innymi następujący przykład z własnej praktyki. 35-letni architekt, u którego autor przed wyjazdem do górzystej miejscowości nic znalazł żadnych objawów chorobowych ze strony serca, musiał po krótkim czasie miejscowość tę, 800 m. ponad poziomem morza położoną —, z powodu objawów niedomogi serca opuścić; objawy te po powrocie w miejsce dawnego pobytu zupełnie znikły. Weissglas.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 23. X. 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, obecnych 50.

1) Po otwarciu posiedzenia prezes kol. Dr Janiszewski poświęcił gorące wspomnienie ś. p. Dr Warzyckiemu. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie. Następnie prezes oznajmił, że zapowiedziany przez Prof. Dr Marchlewskiego wykład odbędzie się dopiero za 2 tygodnie, gdyż prelegent został telegraficznie powołany do Krynicy.

2) Na członka Towarzystwa przyjęto kol. Dr Reginę Weinberg.

3) Doc. Dr Radliński przedstawia chorą l. 36, którą przed $3^1/_2$ tygodniami operował w szpitalu wojskowym z powodu ostrego **wgłobienia**. Chora przy badaniu okazywała typowe objawy wgłobienia. Guz walcowaty, o zmieniającej się twardości, znajdował się w lewej połowie jamy brzusznej i zaczynając się od podżebrza, ginął w miednicy małej. Zatrzymanie wiatrów i stolca, a przytem ciągłe parcie na stolec z wydzielaniem się czystej niemal krwi. Badanie przez odbyt wykazywało, że 4 cm. ponad zwieraczem znajduje się w kiszce prostej koniec jelita wgłobionego; można było wyraźnie wyczuć wejście do zdwojonej pętli. Wyczuwany koniec pętli wgłobionej (caput invaginati) miał konsystencyę prawidłową, nie był zwiotczały, zgorzelinowy. Objawy trwały od 4 dni; sprawa rozpoczęła się ostro bez wyraźnej przyczyny. Laparotomia z lewostronnego cięcia typu Jalaguier. Okazało się, że wgłobienie jest okrężniczo-okrężnicze; wrota wgłobienia odpowiadały lewemu zagięciu okrężnicy (flex. lienalis), również jak cała okrężnica nadmiernie ruchomemu. Ze względu na dobry stan pętli wgłobionej przystąpiono do odgłobienia (desinvaginatio). Z pewnym trudem zostało to dokonane pomyślnie — powstało przytem parę naddarć w jelicie zewnętrznem (pochwie wgłobienia), sięgających aż do śluzówki. Naddarcia pozaszywano w kierunku poprzecznym do osi jelita. Aby zapobiedz nawrotom, zastosowano zeszycie równoległe ramion okrężnicy, leżących powyżej i poniżej wrót wgłobienia w ten sposób, by nie mogło

wrócić niezbędne do powstania wgłobienia choćby na chwilę ustawienie tych ramion w jednej prostej linii. Przytwierdzeniu pętli do przedniej ściany brzusznej (colopexia) R. nie dowierza, a proponowanej przez Dobruckiego enteroanastomozy nie mógł dokonać ze względu na opisane naddarcia. Szew rany na głucho. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny.

W dyskusyi zabrał głos Prof. Dr Gliński.

4) Prezes Dr Janiszewski przedstawił zebranym plany przyszłych **zakładów sanitarnych** miasta Krakowa, w szczególności domu izolacyjnego i zakładu dezynfekcyjnego.

W bardzo ożywionej dyskusyi, jaka się na ten temat wywiązała, zabierali głos prof. Braun, Dr Gertler, Dr Jendl-Sausenhofen, Dr Bannet, którym mówca udzielał odpowiednich wyjaśnień.

Sekretarz doroczny: Dr Ada Markowa.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie z d. 20. kwietnia 1912.

Obecnych 24 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Czajkowski.

Kol. Brzeziński odczytuje pracę swoją, (drukowaną w »Zdrowiu«): **O dyecie szpitalnej** i przedstawia tablice z rozkładem dyety na cały tydzień w szpitalu w Zawierciu.

W dyskusyi kol. Weinzieher zwraca uwagę, że w rozkładzie kol. Brzezińskiego zdarza się rosół, jako jedno danie, kotlety jako drugie, i zapytuje, gdzie się podziewa mięso rosołowe. Po odpowiedzi, że się dostaje służbie, zaznacza kol. Weinzieher, że takie postępowanie możliwe jest tylko w małych szpitalikach. W będzińskim n. p. przy 80 chorych byłoby to wprost niemożliwe; to też przepisuje się kotlet tylko wyjątkowo, nie więcej, jak jakie 5 kotletów na 80 porcyi. Jeżeli się uwzględni, że porcyi ścisłych bez mięsa bywa 30—40, to trudno jeszcze zmniejszać ilość mięsa rosołowego. Następnie kol. W. zapytuje, dlaczego kawa i herbata weszły w codzienne użycie dyety szpitalnej w Zawierciu, pomimo zwalczania tych używek przez wielu lekarzy.

Kol. Arnold zapytuje, ile wynosi średnio koszt porcyi dziennej.

W odpowiedzi kol. Brzeziński zaznacza, że wychodzi z zasady, iż dyeta szpitalna nie powinna zbytnio odbiegać od dyety zwykłej chorego, a że ogół używa stale kawy lub herbaty, więc uważał za stosowne dawać je i chorym w szpitalu. Co do kosztów, to średnia wartość surowych produktów na 1 porcyę wynosi 30 kop.

Kol. Arnold uważa za niesłuszne usunięcie z I. porcyi grochu, kapusty, buraków, marchwi i t. p. potraw, może i nieco trudniej strawnych, ale do których ludność nasza jest przyzwyczajona i doskonale je w domu trawi. Sam w szpitalu, którym zarządza, często te potrawy stosuje; urozmaica to chorym bardzo pożywienie, a mowca nie zauważył, aby to komu kiedy zaszkodziło. Dyeta kol. B. wydaje się w niektórych przypadkach zbyt obfitą i dosyć drogą. Kol. A. stosuje u siebie system przedsiębiorstwa. Przedsiębiorczyni otrzymuje średnio 35 kop. za porcyę dzienną, opał, światło i mieszkanie. Ma to tę dobrą stronę, że chorzy nie krępują się skargami przed lekarzem, a przedsiębiorczyni, wiedząc o tem, stara się wszystko należycie wykonać. Co do używek, to mowca jest zdania, że należy je w dyecie szpitalnej zostawić.

Kol. Brzeziński wyjaśnia, że w swoim szpitalu ma bardzo mało chorych z lekkiemi uszkodzeniami, którzyby mogli jeść wszystko, dlatego w porcyi I. mógł umieścić tylko lżej strawne pokarmy. Co do systemu przedsiębiorstwa, to zdaje mu się, że lepiej chorzy wychodzą na tem, jeżeli się kuchnię prowadzi na własną rękę.

Kol. Weinzieher zwraca uwagę, że 35 kop. kol. Arnolda wcale nie wynoszą taniej, niż 30 kop. kol. B. Przedsiębiorczyni zawsze będzie się starała zarobić możliwie więcej i, jeżeli jakość produktów zadowolni chorych, to bardzo trudno stale kontrolować, czy ilość odpowiada przepisowi.

Kol. Dehnel proponuje, aby lekarze szpitalni większą uwagę zwracali na dyetę i traktowali ją więcej naukowo, obliczając na kalorye i możliwie indywidualizowali ją odpowiednio do płci, wagi ciała i t. p. na podstawach naukowo stwierdzonych ilości kaloryi, indywidualnie potrzebnych każdemu choremu. Żywienie chorych powinno być jaknajbardziej urozmaicone, przyczem ilość spożywanych zup powinna być jak najwięcej ograniczona.

Kol. Podczaski wyraża zdanie, że ilość kaloryi, podawanych w pokarmie, sprawy nie rozwiązuje. Asymilacya pokarmów i strawność zależy od sposobu przyrządzania i smakowitości. Wiadomo, że czynności trawienne w znacznym stopniu są zależne od smakowitości. Kol. P. jest za systemem gospodarczym, a nie przedsiębiorczym. Dyeta powinna być możliwie mięszana wobec znacznego kontyngensu uszkodzeń lekkich w naszych szpitalach. Oświadcza się również za możliwie większem ograniczeniem ilości wprowadzanych płynów, wpływających szkodliwie na trawienie przez zbytnie rozcieńczenie kwasu żołądkowego, przytem sądzi, że zupę należy zawsze podawać po mięsie, a nie odwrotnie.

Kol. Weinzieher zaznacza, że indywidualizacya, proponowana przez kol. D., jakkolwiek naukowo zupełnie uzasadniona, daje się przeprowadzić tylko w doskonale urządzonych specyalnie dla leczenia dyetetycznego sanatoryach, w naszych zaś szpitalach nie da się zastosować. Przytem nie można tu zawsze uwzględniać takiego czynnika, jak waga, u osób ciężko chorych. Osoby wycieńczone po chorobach gorączkowych powinny n. p. być forsownie odżywiane i t. p. Co do podawania rosołu, to, jakkolwiek rzeczywiście zawiera on bardzo mało kaloryi, to jednak działa podniecająco na wytwarzanie soków trawiennych i dlatego powinien być podawany przed mięsem. Pogląd Bungego, wypowiedziany przez kol. Podcz., nie jest uznany przez innych fizyologów i nie wszedł w powszechne zastosowanie. Ilość zupy powinna być mniejsza, niż się u nas zwykle stosuje.

Kol. Królikowski przyznaje, że szpital mógłby mieć znaczenie kulturalno-wychowawcze dla ludu, za mało jednak posiada ku temu środków.

Kol. Wołkowicz stwierdza również, że zasada, propagowana przez Bungego, wpierw mięso, potem rosół, upadła. Kapusta i t. p. potrawy, pomimo trudniejszej strawności, powinny znaleźć zastosowanie w dyecie szpitalnej.

Kol. Brzeziński w konkluzyi uznaje dyskusyę za bardzo interesującą, uznaje słuszność niektórych zarzutów, zwłaszcza co do urozmaicenia pożywienia. Co do ilości płynów, to należy być bardzo oględnym i nie można zbytnio w żywieniu szpitalnem odbiegać od typu ogólnie przyjętego. Wreszcie pragnąłby, aby myśl kol. Dehnela weszła w życie i aby opracowano wzór racyonalnej dyety szpitalnej.

Posiedzenie z d. 4. maja 1912.

Obecnych 25 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Czajkowski.

1. Kol. Puterman i Wołkowicz. Młody 24-letni człowiek dotknięty cierpieniem gruczołów limfatycznych zewnętrznych, przejawiającem się znacznem ich powiększeniem, występującem etapami w rozmaitych okolicach ciała co kilka lat, jednocześnie z dreszczykami, nieznaczną gorączką (do 38°C) i potami. Obecnie powiększone są znacznie gruczoły pachwinowe i udowe po stronie prawej. Stanowią one razem guz wielkości mandarynki o spoistości ścisłej, przesuwalny na podstawie, nie przyrosły do skóry, która ani nie jest zaczerwieniona, ani naciekła. Guz ten składa się z 3 części, oddzielonych od siebie głębokiemi brózdami, z dolnej części większej i dwóch górnych,

znacznie mniejszych. Gruczoły limfatyczne w innych okolicach ciała, jako to: na karku, pod lewą pachą, w prawej pachwinie i poniżej tej pachwiny, wyraźnie powiększone; niektóre z nich dochodzą wielkości orzecha tureckiego. Chory przechodził już trzykrotnie operacyę z powodu tego cierpienia. 14 lat i 11 lat temu wyłuszczono gruczoły szyjne, z których jeden miał rzekomo być zserowaciały; 8 lat zaś temu operowano gruczoły pod prawą pachą (w Krakowie). Cierpienie uważano rzekomo za gruźlicę. 4 lata temu stwierdzono bolesne i powiększone gruczoły w jamie brzusznej, które jednak po pewnym czasie znikły (po leczeniu arszenikowem).

Chory dziedzicznie nie jest obciążony. Wątła budowa, odżywienie średnie. W narządach wewnętrznych, ustach, gardle, zmian żadnych niema. Bladość błon śluzowych i skóry. Chory przechodził w dzieciństwie błonicę, dur brzuszny, kilka lat temu kamicę nerkową (kolka nerkowa, kamyczek odszedł z moczem). Z sutków, wielkości zwykłej, łatwo wyciskać się daje już od dłuższego czasu płyn biały o niebieskawym odcieniu, mleko (sprawdzono drobnowidowo). Skargi podmiotowe: osłabienie, dreszcze, wrażliwość na zimno, skłonność do potów, brak łaknienia. W moczu: dwuazowy odczyn ujemny, białka i cukru nie ma, indykan obfity. Odczyn Pirqueta dodatni, Wassermanna ujemny. Krew: hemoglobiny 80%; ilość białych i czerwonych krwinek oraz wzajemny ich stosunek prawidłowy. Limfocytoza. W celach rozpoznawczych wyłuszczono (Wołkowicz) tydzień temu gruczołek, który leżał oddzielnie na zewnątrz od owego dużego guza w okolicy pachwinowej prawej. Przekrój gruczołu tego sadłowaty. Sok z przekroju, badany pod drobnowidem, zawierał dużo limfocytów. Gruczoł sam wysłano do Warszawy kol. Klejnowi do bliższego zbadania, względnie do rozstrzygnięcia, jaka sprawa w danym przypadku się toczy: gruźlica, czy też limfogranulomatoza. Za gruźlicą przemawiałyby z obrazu klinicznego: zserowacenie pewnych gruczołów, początek choroby we wczesnej młodości (w wieku 7 lat), dodatni odczyn Pirqueta i limfocytoza. Czy zaś inne objawy kliniczne, jak charakter guza, spoistość jego, wielkość znaczna z wyraźnem odgraniczeniem oddzielnych gruczołów, przesuwalna i nie zaczerwieniona skóra, brak chełbotania i brak bolesności, czyby te objawy rzeczywiście, jak sądzi Klejn w ostatniej swej pracy (Gaz. lek. 1912) przemawiały za limfogranulomatozą, przekona o tem bliższe badanie wyciętego gruczołu i dalszy przebieg choroby. A jeżeliby się nawet okazało, że zmiany w gruczole odpowiadają pojęciu granulomatozy, to wtedy trzebaby jeszcze rozstrzygnąć pytanie, czy nie ma jednocześnie gruźlicy i limfogranulomatozy.

Z powodu tego przypadku kol. Puterman podaje obraz kliniczny **limfogranulomatozy,** omawia pokrótce etyologię tego cierpienia, różne jego postacie, a także rokowanie i leczenie. (Streszczenie własne).

W dyskusyi przemawiali kol. Żołędziowski, Weinzieher, Dehnel, Arnold i Suchodolski.

2. Kol. Czajkowski i Łapiński: O. T. lat 41, z zawodu górnik, od urodzenia ma mowę nieprawidłową. Przechodził przed 20 laty zapalenie płuc. Pochodzi z rodziny całkiem zdrowej. Obecna choroba rozpoczęła się przed 5 miesiącami. Najpierw wystąpiły, jak chory podaje, obrzęki na obu kończynach dolnych. Obrzęki te miały trwać około 2 miesięcy, później zaczęły ustępować, a jednocześnie zaczęły twardnieć powłoki zewnętrzne i ściągać się do tego stopnia, że ruchy w kolanach stały się zupełnie niemożliwe. Obecnie chory ma stałe przykurczenie obydwu kończyn dolnych w stawach kolanowych. W dwa miesiące po obrzękach na nogach wystąpiły obrzęki na prąciu i mosznie, a posuwając się wyżej, na dolnej połowie brzucha i pośladkach. Z kolei i tutaj przyszło do stwardnienia skóry, kurczenia się jej i do ściągnięcia niby opaską całej dolnej części brzucha i krzyża.

Chory wzrostu średniego. Skóra blada, kościec dobrze rozwinięty. Uwłosienie prawidłowe. Widzi i słyszy dobrze. Klatka piersiowa: granice płuc o jedno żebro przesunięte ku dołowi. Szmery oddechowe zaostrzone; liczne świsty i furczenia, słowem rozedma płuc z nieżytem oskrzeli. Plwocina śluzowo-ropna, skąpa, kaszel dość duży. Odpluwanie utrudnione. L. odd. 30. Wymiary serca opukowe nie powiększone. Tony serca głuche, II. ton nad płucną, jak również nad aortą zaostrzone. L. t. 74. Tętno wolne, miarowe i dobrze napięte Wątroba wydaje się przy opukiwaniu nieznacznie powiększoną; granice śledziony prawidłowe. Brzuch wciągnięty, deskowaty. Odgłos opukowy przytłumiony z odcieniem bębenkowym. Stolec codziennie twardy. Apetyt dobry. Bezsenność. Chory jeść dużo nie może, gdyż z powodu zmniejszenia pojemności brzucha, pokarm, jak powiada, »ciśnie mu pod piersiami«. Rozpoznanie: **twardzina skóry** (scleroderma).

W dyskusyi przemawiali kol. Csernak, Łapiński, Sawicki, Dehnel, Weinzieher, Zatorski, Czajkowski, Arnold, Wołkowicz, Kołudzki i Białostocki. Dyskusya toczyła się koło rozpoznania, patogenezy i leczenia.

3. Kol. Czajkowski: **Medycyna przyszłości i stanowisko w niej lekarza.**

Wychodząc z założenia, że w historycznym rozwoju kultury spotykamy się często ze zjawiskiem, że wielkie wynalazki, dokonane przez genialnych ludzi, były jakby przewidziane lub przepowiedziane przed wielu wiekami, w mniej lub więcej mglistej lub określonej formie, kol. Cz. znajduje w rozwoju ludzkości pewien motyw przewodni, ciągnący się przez cały szereg wieków, a polegający na niejasnej mglistej zapowiedzi faktów, które po wielu wysiłkach myśli ludzkiej, po wielu mozolnych badaniach całych pokoleń stwierdzane zostają, jako prawdy niezawodne. Tezę tę kol. Cz. obficie objaśnia przykładami z dziedziny historyi przyrodoznawstwa, zatrzymując się szczegółowiej nad rozwojem patologii. Studyując rozwój historyczny pewnej wiedzy, a w szczególności medycyny, można w obecnym jej stanie znaleźć pewne wytyczne, nieraz dopiero kiełkujące idee, nieraz odkrycia, wydające się na razie niezbyt ważnemi, które jednak mogą nam wskazać kierunki, w których potoczy się nasza wiedza w przyszłości.

Zaznaczywszy wybitną rolę, jaką odegrało w rozwoju nowożytnej medycyny i biologii wogóle odkrycie komórki i prace nad jej budową i czynnościami, dzięki którym epokę obecną w przyrodoznawstwie i medycynie możnaby nazwać epoką komórki, przechodzi prelegent do tych najnowszych odkryć, które mu się wydają wytycznemi przyszłości medycyny. Tutaj prelegent odrazu zaznacza, że najważniejszą rolę w dzisiejszym rozwoju medycyny odgrywa chemia. Zwraca uwagę na niezmiernie ważne badania Ostwalda, Reformackiego i innych nad zachowaniem się cieczy białkowych pod względem dyffuzyi, ważne niezmiernie ze względu na to, że w ustroju ludzkim wszystkie komórki i ciecze są białkowe i wszystkie czynności życiowe polegają na chemizmie tych ciał. Odkrycia Sulivana i Thomsona, identyfikujące działanie fermentów z działaniem katalitycznem, a tem samem z działaniem kwasów rozcieńczonych, sprowadzają czynności bardzo skomplikowane do prostych, dających się wyrazić wzorem matematycznym. Bardzo ważne prace Brediga nad własnościami katalitycznemi niektórych metali, jak platyna i srebro, dały już asumpt do wyzyskania tych własności w celach leczniczych i wyprowadziły na rynek środków leczniczych kollargol i elektrargol. Przy badaniu spraw utleniania zapomocą katalizy zwrócono uwagę na ciekawe zjawisko »zmęczenia« katalizatorów po pewnym czasie; trzeba pewnego ściśle określonego czasu do przyprowadzenia ich do równowagi. Tak samo »nużą się« płyny katalityczne; zależnie od czasu pracy sprawy utleniania ustają i potrzebny jest odpoczynek, aby szły dalej. Oprócz zmęczenia płyny koloidalne ulegają zatruciom: po wprowadzeniu pewnej ilości kwasu pruskiego

lub nastoju wroniego oka (t-rae nuc. vomic.) działalność katalityczna ustaje. Fakty te staną się bodźcem do dalszych badań. W ten sposób, zdaniem prelegenta, możemy kiedyś dojść do zrozumienia istoty zmęczenia, przewodnictwa nerwów, osłabienia tegoż, wyjaśnienia wielu ważnych spraw, jak np. obniżenia sprawności spraw życiowych w komórkach, biochemizmu komórek. Następnie przelegent zwraca uwagę na odkrycie Hertwiga, dotyczące rozwoju żab, zależnego od ciepłoty, która to zależność daje się ściśle określić w postaci cyfr. W ten sposób znowu mamy możność stwierdzenia faktów biologicznych zapomocą wzorów matematycznych. Stokvis i Richet wykazali wpływ ciepłoty i podrażnienia większego lub mniejszego na działanie jadów. Wyjaśnia to nam różnicę w działaniu leków w stanie gorączki i nakazuje pod tym względem pewną ostrożność. Van t'Hoff wykazał, że ciśnienie osmotyczne w komórce żywej podlega tym samym prawom osmotycznym, co w przyrządach. Następnie zastanawia się prelegent nad badaniami de Vriesa nad plazmolizą i Clagdena nad obniżaniem punktu zamarzania i podniesieniem punktu wrzenia zależnie od stopnia koncentracyi rozczynów, nad zjawiskami elektrolizy i dochodzi do wniosku, że od tych badań zależy dalszy postęp w medycynie, zważywszy, że komórka stała się osią w biologii i medycynie. Szczególnie chemizm komórki, którego zbadaniu poświęcił się Ehrlich, stanowi istotę spraw życiowych. Największą zasługę Ehrlicha prelegent uznaje w wykryciu powinowactwa chemicznego pewnych ciał chemicznych do pewnych części komórek i odwrotnie. Zdaniem prelegenta odkrycie to skieruje dalsze badania farmakologiczne na zupełnie nową drogę i wykaże zupełną bezwartościowość mnóstwa leków obecnych. Firma Parke Davis już dzisiaj zaczyna przeprowadzać badania nad powinowactwem pewnych leków do pewnych komórek ustroju zwierzęcego. Następnie rokuje prelegent dalszy rozwój badaniom fizyologicznym nad wyciągami z gruczołów, jak wyciągami z nadnercza i hormonami, odgrywającymi ważną rolę nietylko w fizyologii, ale i w powstawaniu spraw patologicznych. Rzeczą niedalekiej przyszłości będzie zdaniem prelegenta, opartem na ogromnym rozwoju parazytologii, zupełnie odmienny podział nozologiczny spraw patologicznych, i nie zmiany anatomiczne, ale zakażenia różnorodnymi drobnoustrojami będą dawać podstawę dzielenia chorób na grupy.

Zbierając wszystko, dochodzi prelegent do wniosku, że pod wpływem badań nad komórką i wogóle mikrobiologii zmieniły się poglądy na istotę choroby, na działanie leków, na czynności fizyologiczne, i nie ulega wątpliwości, że dalsze badania potoczą się w tym kierunku. Stanowisko lekarza w społeczeństwie i wobec chorego wzmoże się. Będzie on musiał być teoretycznie poważnie wykształconym i sprawy chorobowe traktować z szerszego punktu widzenia biologieznego. Przyjdzie czas, gdy lekarz będzie synonimem przyjaciela ludzkości. Leczenie praktyczne ulegnie w niedalekiej przyszłości gruntownej zmianie. Opierając się na sprawach chemicznobiologicznych, będzie wymagało szczegółowych i skomplikowanych badań, niemożebnych w leczeniu domowem, które w ten sposób sprowadzone będzie do minimum. Tylko szpitale, opatrzone w doskonałe pracownie analityczne i wogóle dyagnostyczne, będą odpowiedniemi dla chorych instytucyami. I dziś już widzi się pewien postęp w tym kierunku.

Dyskusyę nad tym wykładem wobec spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia.

S. Weinzieher (Będzin).

---

†

Dr Henryk Kadyi

profesor anatomii w Uniwersytecie lwowskim, zmarł 25. października 1912 w 62. roku życia.

Życiorys zamieścimy w jednym z najbliższych numerów

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 30. X. 1912 posiedzenie, na którem prezes Dr Janiszewski poświęcił gorące przemówienie pamięci prof. Kadyia, podnosząc zasługi Zmarłego nietylko na polu zawodowem, ale także narodowem i społecznem, oraz prawość i zacność Jego charakteru i zaznaczył, że Towarzystwo lekarskie krakowskie odczuwa głęboko i boleśnie stratę, jaką przez śmierć ś. p. Kadyia poniosły polska nauka i społeczeństwo. Następnie odbył się zapowiedziany wykład Dr Landaua: »O znaczeniu objawów ogólnych dla wczesnego rozpoznania nowotworów mózgu«, a Prof. Piltz i lekarze kliniki przedstawili szereg chorych. W dyskusyi przemawiali Drowie Rydel, Spira, Rogalski, Landau i Prof. Piltz.

— Prof. Dr Emil Godlewski jun., został mianowany zwyczajnym profesorem embryologii i biologii.

— Na pole wojny bałkańskiej wyjechały z Krakowa dwie uczennice kursów samarytańskich (Dr Klęska), jako ochotniczki w służbie sanitarnej serbskiej.

— Treść Kalendarza lekarskiego krakowskiego, którego druk jest już na ukończeniu, jest następująca: 1) Kalendaryum. 2) Najwyższe dawki dla dorosłych. 3) Różne wiadomości z farmakologii, ważne dla lekarza. 4) Tablice ciąży, wzrostu i t. d. 5) Sztuczne kąpiele. 6) Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach. 7) Otrucia. 8) Skorowidz zdrojowisk. 9) Ważniejsze dane z fizyologii dziecka. 10) Ważniejsze badania kliniczne. 11) Badanie bystrości wzroku. 12) Technika częściej stosowanych zabiegów leczniczych. 13) Poradnik chirurgiczny dla lekarza praktycznego. 14) Dział medycyny sądowej i ubezpieczeniowej. 15) Katechizm gruźliczy. 16) Podręcznik terapeutyczny. 17) Spis nowych leków i specyfików. 18) Synonimy lekarskie. 19) Schematyzm lekarski. 20) Wiadomości pocztowe.

Redakcya Kalendarza lekarskiego uprasza P. P. Kolegów o rychłe odsyłanie kart zamówień, gdyż późniejsza księgarska cena kalendarza jest wyższą. Ewentualne zmiany adresów będą mogły być uwzględnione jeszcze w najbliższych dniach w ostatniej korekcie. Zarazem Redakcya donosi, że zamierzony nakład kalendarzy broszurowanych jest już wyczerpany.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 21. X. do 28. X. 1912 przypadków: ospy 3 † —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. W I. międzynarodowym Zjeździe pedyatrów w Paryżu (6—10. X.) uczestniczyło 300 lekarzy, z tego 10 Polaków (3 z Warszawy, 2 z Łodzi, po 1 ze Lwowa, Kijowa, Dąbrowy górn., Petersburga, Wilna). Wykłady wygłosili prof. Raczyński ze Lwowa i Dr Biehlerowa z Warszawy. (Gaz. lek. Nr 43).

— Jedyną rzeczywiście lekarską instytucyą ubezpieczeń jest w Austryi »Pensionsinstitut des Wiener medizinischen

Doktorenkollegium«. Premie za ubezpieczenie są w tym Instytucie o czwartą część niższe, niż w zwykłych Towarzystwach ubezpieczeń; instytut wypłacił dotąd 1,150.000 kor. pensyi, a ma przeszło 2,000.000 kor. majątku. By ułatwić kolegom przystępowanie, zmienił Instytut swe statuty. Każdy lekarz, mający dyplom austryacki, może ubezpieczać się odtąd na pensyę 2.400 kor. (dotąd maximum wynosiło 1200 kor.; dawniejsi członkowie mogą ubezpieczenie swe podwyższyć). Utworzono nową taryfę (Spartarif), według której można płacić premie w dowolnych terminach i w rozmaitej wysokości. Przez zniesienie przymusu reasekuracyi uzyskano około 20% oszczędności. O statuty i wyjaśnienia zwracać się należy do biura Instytutu (Büro des Pensionsinstitutes des Wiener med. Doktorenkollegium, Wien I., Franz Josef Kai Nr 65). Prezesem instytucyi jest prymaryusz r. Dr H. Adler, wiceprezesami Dr Scholz i prof. Dr K. Ewald.

— Na XVII. międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Londynie (6 do 12 sierpnia 1913) odbędą się na posiedzeniach ogólnych wykłady profesorów Chauffarda, Ehrlicha, Burnsa, Cushinga i Batesona. Zjazd obradować będzie w 23 sekcyach; przedpołudnia przeznaczone są na tematy, obrane z góry, popołudnia na luźne wykłady. Z obranych w sekcyach tematów przytaczamy ważniejsze: I. Anatomia i embryologia: 1) Układ przewodzący serca (referenci His, Josué, Lewis, Mackenzie), 2) Pierwsze okresy rozwojowe jaja ludzkiego (Eternod). 3) Lokalizacya mózgowa (Kappers). II. Fizyologia. 1) Wzajemny stosunek narządów o wydzielaniu wewnętrznem i zmian w tem wydzielaniu (Gley, Koranyi, Kraus). 2) Wzajemność inerwacyi (Sherrington). 3) Przemiana ciał proteinowych (Abderhalden, Dakin). III. Patologia ogólna i anatomia patologiczna: 1) Wspólny temat z sekcyą I. 2) Patologia tłuszczów i lipoidów (Bang, Fränkel). 3) Przeszczepianie tkanek prawidłowych (Borst). 4) Patologia wstrząsu (Crile, Henderson). 5) Działanie ciał promieniotwórczych na tkanki zdrowe i schorzałe (Hertwig, Lazarus-Barlow). III a. Chemia patologiczna: 1) Stany chorobowe, wywołane przez błędy w dyecie. 2) Rak. IV. Bakteryologia i nauka o odporności: 1) Rak. 2) Teorye odporności i nadwrażliwości. V. Terapia: 1) Względna wartość leków sercowych. 2) Leki kojące ból i nasenne. VI. Medycyna wewnętrzna: 1) Patologia osłabienia serca (Vaquez, Wenckebach). 2) Temat wspólny z sekcyą II: Wydzielanie wewnętrzne. 3) Kliniczny obraz hemolizy (Banti, Widal). 4) Cukrzyca (Dock, Noorden). 5) Rozróżnianie przewlekłych zapaleń stawów (Barker, Müller). VII. Chirurgia: 1) Leczenie operacyjne złośliwych spraw kiszki grubej, z wyjątkiem odbytnicy (Bastianelli, Körte). 2) Leczenie początków gruźlicy nerek i pęcherza (Legueu, Rochet, Windbolz). 3) Chirurgia tętnic (Matas, Oppel). 4) Leczenie guzów mózgu (Bruns, Cushing, Eiselsberg, Tooth). 5) Chirurgia śródtułowiowa (Sauerbruch, Tuffier), (prócz tego odrębne tematy mają podsekcye: ortopedyczna i anestetyczna). VIII. Położnictwo i ginekologia: 1) Leczenie krwotoków łożyskowych w ostatnich miesiącach ciąży (Döderlein, Essen-Möller). 2) Śmiertelność dzieci w pierwszych 4 tygodniach życia (Chalmers, Koplik, Pinard). 3) Promienie Röntgena i rad w ginekologii. 4) Rak macicy. Sekcye IX i X poświęcone są okulistyce i pedyatryi, sekcya XI. neurologii (referentem I. tematu obrad: O objawach guzów móżdżku, jest J. Babiński), XII. psychiatryi, XIII. chorobom skórnym, XIV. urologii, reszta sekcyi obejmuje: laryngologię, otyatryę, dentystykę, higienę, medycynę sądową, chirurgię polową, choroby podzwrotnikowe, radyologię i historyę medycyny. We wszelkich sprawach Zjazdu zwracać się należy pod adresem: The Hon. General Secretary XVII th International Congress of Medicine, 13 Hinde Street, London, wkładki zaś uczestnictwa (25 kor., 20 marek) przesyłać należy pod adresem: The Treasurers XVII. Intern. Congress of Medicine.

— W Niemczech znajduje się obecnie 175 lekarek. Pani Dr Stelzner zebrała o 125 ciekawe szczegóły. Ze 125 jest zamężnych 47, z tego 34 porzuciło praktykę. Przeszło połowa lekarek wyszła za mąż za lekarzy. W Berlinie praktykuje 30 lekarek, w Monachium 7, we Frankfurcie n. M. 5, w Hamburgu 3, w Düsseldorfie, Wrocławiu, Karlsruhe, Heidelbergu po 2, w innych miastach po jednej. Kobiety specyalizują się głównie w chorobach kobiecych i dziecięcych. Lekarki te twierdzą, że mają wcale dobre dochody i to już zaraz w pierwszych latach praktyki. X.

— Ciekawe uwagi o ostatniej wojnie włoskiej w Afryce podaje Prof. Galli. Włosi w Afryce mieli pod względem sanitarnym bardzo trudne stanowisko, bo spotykali wszędzie nieład, brud, endemie i epidemie. Pokonali jednak i to, a nawet uzyskali zupełne zaufanie krajowców, którzy zgłaszali się potem tłumnie do lekarzy i szpitali. Pociski Turków i Arabów przeważnie były wielkokalibrowe i sprawiały wielkie zniszczenia i zakażenia. Ludność arabska okazała się ogromnie odporną na wszelkie zakażenia. Wskutek strasznych warunków higienicznych i brutalności przeciwników korpus sanitarny włoski poniósł ciężkie straty. Mimo to lekarze z podziwienia godnem poświęceniem nieraz aż do ostatniej chwili życia spełniali swe obowiązki. X.

Mianowani: Dr Henryk Frenkel, Warszawianin, profesorem zwycz. okulistyki w Tuluzie; Dr Lorain Smith z Manchester profesorem anatomii patol. w Edynburgu.

Zmarli: Dr Paweł Puszkin, inspektor urzędu lekarskiego m. Warszawy; Dr Henryk Gotard w 48 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Bory: Über die Diagnose und Übertragungsweise der Flecktyphus. Odb. »Amtsarzt« 1912. — Higier: W sprawie zapaleń mózgu o przebiegu podostrym. 2) Uczucie bolu w narządach wewnętrznych. Odb. »Gazeta lek.« 1912. — K. Krzyżanowski: Zur Verwaltungsreform. »Amtsarzt« 1912. — Goldflam: Przyczynek kliniczny do objawów źrenicznych. Neurologia polska 1912. — Cybulski: Prądy elektryczne w mięśniach czynnych, ich charakter i źródło. Rozpr. Akad. Umiej. 1912. — Gruss: Der Entwurf eines österr. Strafgesetzbuches, soweit er ärztliche Interessen berührt. Wien 1912. — Janowski: De la valeur pratique des moyens cliniques d'examen des exsudats et des transsudats. Revue de med. 1912. — Szymański: A new lock for the nasal wire snare. Odb. The Laryngoscope 1912. — Spira: Die tuberkulösen Erkrankungen des Gehör-Organ. Würzburger Abhandl. 1912. XII. 11. — Giedroyć: 1) Warunki higieniczne Warszawy w wieku XVIII. Warszawa 1912. 2) Domy wilczkowania. Odb. »Przegląd chor. skórn. i wen.« 1912. — Komocki: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Botulismus-Toxins auf die inneren Organe. Virchows Archiv. 1911. — Sprawozdanie z czynności szpitala starozakonnych im. Poznańskich w Łodzi za r. 1911. Łódź 1912. — Gaik: O chorobie Basedowa. »Tyg. lek.« 1912. — Gębarski: Przypadek przewlekłego zapalenia przerostowego wielosurowicówkowego. »Gaz. lek.« 1912.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu **6. listopada 1912** (o godz. 6 wieczór) odbędzie się **w klinice chorób nerwowych i umysłowych (ul. Kopernika 46).** Na porządku dziennym: 1) Prof. Dr Piltz: Rozpoznanie różniczkowe między stanami depresyi (psychosis maniacalis depressiva), a stanami neurastenicznymi lub histerycznymi. 2) Demonstracye chorych.